

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPLANTATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

QUÉBÉCOIS – 1994-2005

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCE POLITIQUE

PAR

GENEVIÈVE FÉLIX

SEPTEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
L'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	7
1.1 Politiques publiques et action publique.....	7
1.2 Définition du concept de politique publique	9
1.2.1 L'approche cognitive	11
1.2.2 La prise de décision.....	12
1.2.3 Le changement.....	12
1.2.4 L'application pratique du concept de politiques publiques.....	13
1.3 Communautés de politiques et réseaux de politiques.....	14
1.4 Outils méthodologiques	16
1.5 Différentes perspectives	17
CHAPITRE II	
LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN.....	23
2.1 Introduction.....	23
2.2 La situation canadienne.....	23
2.3 Présence de l'État dans le secteur social	24
2.4 Rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en santé	25
2.5 Commissions sur les soins de santé au Canada.....	27
2.6 Conclusion	29

CHAPITRE III	
LES MÉDICAMENTS AU CANADA	30
3.1 Introduction.....	30
3.2 Différentes catégories de médicaments.....	30
3.3 Le rôle du gouvernement fédéral	31
3.3.1 Santé Canada.....	31
3.3.2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.....	31
3.3.3 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	32
3.4 Initiatives fédérale-provinciales-territoriales dans le domaine du médicament	33
3.5 Régimes d'assurance médicaments au Canada	34
3.6 Dépenses de médicaments au Canada.....	37
3.7 Conclusion	38
CHAPITRE IV	
L'ÉMERGENCE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	39
4.1 Introduction	39
4.2 Situation au Québec avant l'assurance médicaments.....	39
4.3 Contrôle des dépenses publiques	44
4.4 Comité Demers.....	44
4.5 Identification d'un nouveau problème	47
4.6 Instauration d'une contribution de 2\$	48
4.7 Groupe de travail Gagnon	50
4.8 Conclusion	52
CHAPITRE V	
LA FORMULATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	53
5.1 Introduction	53
5.2 Projet d'un programme d'assurance médicaments.....	53
5.3 Impact du rapport Gagnon	56
5.4 Recommandations du rapport Castonguay.....	57
5.5 Consultations parallèles	59

5.6	Présentation des options	59
5.7	Conclusion	67

CHAPITRE VI

L'ADOPTION DU PROJET DE LOI N°33

INSTITUANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS.....	68
---	----

6.1	Introduction	68
6.2	Contexte sociopolitique.....	69
6.3	Étapes du processus d'adoption des projets de loi	70
6.4	Présentation du projet de loi n°33.....	70
6.5	Consultations particulières et dépôt du rapport.....	71
6.6	Adoption du principe du projet de loi n° 33	79
6.7	Étude détaillée en commission.....	79
6.8	Adoption du projet de loi et sanction	80
6.9	Conclusion	81

CHAPITRE VII

LA MISE EN ŒUVRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS.....	82
---	----

7.1	Introduction	82
7.2	Implantation du régime général d'assurance médicaments.....	82
7.2.1	Inscription des nouveaux adhérents	82
7.2.2	Premières modifications législatives	84
7.2.3	Rapport Tamblyn	84
7.2.4	Retour à la gratuité pour les plus démunis	86
7.3	Évaluation du régime général d'assurance médicaments	87
7.3.1	Rapport ministériel.....	87
7.3.2	Commission des affaires sociales.....	89
7.3.3	Modifications législatives de 2000.....	90
7.4	Remise en question de la mixité du régime.....	91
7.4.1	Rapport du Comité Montmarquette.....	91
7.4.2	Recommandations de la Commission Clair	93
7.4.3	Commission parlementaire sur le projet de loi n°98	95
7.4.4	Création du Conseil du médicament	101

7.5	Élaboration d'une politique québécoise du médicament.....	101
7.5.1	Ajustement des paramètres du régime d'assurance médicaments	101
7.5.2	Symposium sur l'utilisation optimale du médicament.....	102
7.5.3	Campagne d'information sur le bon usage du médicament.....	103
7.5.4	Projet de politique du médicament.....	103
7.5.5	Modifications législatives	104
7.6	Conclusion	106
CONCLUSION		108
GLOSSAIRE.....		112
BIBLIOGRAPHIE		116

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
3.1	Cycle de vie des produits pharmaceutiques.....	35
3.2	Tendances des dépenses de santé annuelles, 1990-2005.....	37
3.3	Dépenses consacrées aux médicaments par rapport aux dépenses de santé totales, 1985-2005.....	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
4.1	Problèmes liés à la circulaire «Malades sur pied».....	46
4.2	État de la protection s'appliquant aux médicaments prescrits au Québec, 1993.....	51
5.1	Option 1, proposée par le groupe de travail Gagnon.....	60
5.2	Modalités de financement proposées par le rapport Gagnon.....	61
5.3	Option 2, proposée par le comité d'experts Castonguay.....	63
5.4	Option 3, proposée par le comité d'experts Castonguay.....	64
5.5	Option 4, proposée par le comité d'experts Castonguay.....	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AC	Avis de conformité
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (autrefois l'OCCETS)
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
CEPMB	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGPSA	Direction générale des produits de santé et des aliments
IPC	Indice des prix à la consommation
MAS	Ministère des Affaires sociales
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCCETS	Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
PCEM	Programme commun d'évaluation des médicaments
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCPUOM	Service canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments
SNIUMP	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits
SNPP	Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques
SRG	Supplément de revenu garanti

RÉSUMÉ

Le régime général d'assurance médicaments a été institué au Québec en 1997 afin d'offrir un accès équitable et raisonnable en matière de médicaments à la population. Depuis quelques décennies, la place qu'occupent les médicaments au sein des dépenses totales en santé ne cesse d'augmenter au Canada. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent en collaboration afin de trouver des solutions aux enjeux reliés à la croissance des dépenses des médicaments.

Avant l'instauration du régime général d'assurance médicaments, près de 20% de la population québécoise ne possédait aucune couverture en matière de médicaments. De nombreux programmes existaient et offraient des médicaments en fonction de l'âge, de la situation financière, ou de l'état de santé. Malgré les dépenses élevées en produits pharmaceutiques du gouvernement du Québec, de nombreuses familles sous-consommaient des médicaments à cause de leur incapacité à en défrayer le coût.

Dans sa première année, le nouveau régime a eu un impact majeur sur la consommation de médicaments au Québec. Alors que les anciennes clientèles de la Régie de l'assurance maladie du Québec ont diminué leur consommation de médicaments due à l'introduction d'une contribution financière à l'achat plus élevée, les nouveaux adhérents, grâce à un meilleur accès, ont enfin consommé les produits pharmaceutiques dont ils avaient besoin.

Le régime général d'assurance médicaments québécois est universel, contributif et se caractérise par sa mixité, possédant un volet privé et un volet public. Alors que la majorité des groupes d'intérêt sont en faveur de ce régime qui complète le filet de sécurité sociale québécois, certains trouvent que le gouvernement devrait aller plus loin et créer un régime public qui offrirait des médicaments totalement gratuits à ceux qui en ont besoin. Depuis sa création, de nombreuses modifications ont été apportées au régime général afin d'en améliorer le fonctionnement, de favoriser l'accès aux produits pharmaceutiques aux plus démunis et d'assurer la viabilité du régime par une augmentation régulière des paramètres.

Mots-clés :

Assurance médicaments
Assurance-médicaments
Médicaments
Politique gouvernementale
Régime général d'assurance médicaments
Québec

INTRODUCTION

À travers le Canada, la santé est l'un des sujets qui polarise l'attention de la population depuis quelques années. Au cours des dernières décennies, de nombreuses commissions ont vu le jour cherchant à améliorer le système sanitaire et ainsi offrir de meilleurs services à la population. L'importance du secteur de la santé se reflète dans les budgets annuels, sans cesse croissants, accordés par les gouvernements fédéral et provinciaux. Parmi les différents régimes de protection de la santé au Canada, nous retrouvons les régimes d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et d'assurance médicaments.

Dans un contexte socioéconomique difficile, caractérisé par des restrictions budgétaires et le vieillissement de la population, le gouvernement du Québec implante un nouveau régime d'assurance médicaments. Ce régime, créé afin de favoriser l'accessibilité aux médicaments ainsi que le virage ambulatoire, semble avoir également pour but de générer des économies pour le gouvernement grâce à une contribution accrue des consommateurs de médicaments.

Ce mémoire est une étude documentaire portant sur le régime général d'assurance médicaments du Québec. Depuis 1997, le régime général d'assurance médicaments assure une protection de base à tous les habitants du Québec. En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-29.01), le régime général couvre les médicaments prescrits, achetés au Québec et qui font partie de la Liste de médicaments du gouvernement provincial. Le régime général d'assurance médicaments est mixte se composant de deux volets. Ainsi la couverture des produits pharmaceutiques est soit offerte dans le cadre d'un régime d'assurance privé ou à travers le régime public d'assurance médicaments qui est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Alors que nombreuses personnes profitent d'une assurance collective dans le cadre de leur emploi, d'autres sont couvertes grâce à leur adhésion à une association ou à un ordre professionnel offrant ce type de protection à leurs membres. Toutes les personnes ayant accès à un régime privé doivent y adhérer et en faire profiter leur conjoint et leurs enfants. Les personnes n'ayant pas une assurance collective doivent s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ainsi, près de 4,2 millions de Québécois bénéficient de la

couverture pour leurs médicaments grâce à une assurance collective offerte par une compagnie privée alors que 3,2 millions de Québécois sont assurés par le régime public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le régime est contributif. Une prime est payée annuellement que l'on achète ou non des médicaments. De plus, une contribution financière est perçue lors de l'achat de médicaments sous la forme d'une franchise et d'une coassurance. Les personnes couvertes par le régime public doivent payer une prime annuelle qui varie en fonction de leur revenu familial et non de leur consommation de médicament. Chaque année lors de la production de la déclaration du revenu, le ministère du Revenu du Québec perçoit la prime des personnes inscrites au régime public.

Afin de bien établir les bases nécessaires à une bonne compréhension, nous commencerons par définir quelques concepts-clés qui seront employés dans le cadre de ce mémoire. Le grand dictionnaire terminologique, un outil en ligne créé par l'Office québécois de la langue française, sera utilisé à cette fin.

Dans le domaine médical, celui de l'assurance et de l'administration publique, le terme régime se définit comme un *«ensemble de règles, de dispositifs et de dispositions qui établissent les modalités d'application d'une assurance à des assurés.»* Parmi les nombreuses formes de régimes d'assurance qui existent, on retrouve le régime d'assurance vie et le régime d'assurance maladie. La notion de régime général, qui s'utilise habituellement dans le secteur de l'assurance, est employée afin de qualifier un *«régime établi et géré par l'État, visant l'ensemble de la population.»*

Pour le terme assurance, on retrouve dans le grand dictionnaire terminologique la définition suivante, *«organisation en mutualité d'un ensemble de personnes qui sont exposées aux mêmes risques et paient périodiquement des primes alimentant un fonds commun, de sorte que les assurés subissant des dommages soient indemnisés et que les pertes soient réparties entre tous les assurés.»* Ainsi, un contrat d'assurance consiste en un *«contrat synallagmatique par lequel l'assureur s'engage à indemniser l'assuré en cas de réalisation d'un risque déterminé, moyennant le paiement d'une prime.»* Le mot synallagmatique est

employé afin de décrire la relation bilatérale et de réciprocité qui existe entre l'assureur et l'assuré.

Le concept d'assurance médicaments est utilisé dans le domaine de l'assurance ainsi que dans le domaine de la gestion des soins de santé et le domaine pharmacologique. L'assurance médicament *« vise à améliorer l'accès universel aux produits pharmaceutiques », elle « couvre, entièrement ou seulement en partie, le coût des médicaments de prescription. »* Quoique la variante assurance-médicaments soit également utilisée, on retrouve de plus en plus un usage moderne de ce terme sans l'emploi du trait d'union.

Selon les éléments de définition offerts par l'Office québécois de la langue française, le régime général d'assurance médicaments constitue un régime d'assurance, créé par l'État, qui s'applique à tous les habitants de la province afin de favoriser l'accessibilité aux médicaments. Il est néanmoins important de distinguer le régime général d'assurance médicaments du régime public d'assurance médicaments. Le régime public d'assurance médicaments est un programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec et constitue la composante publique du régime général.

Nous présenterons l'historique du régime général d'assurance médicaments québécois grâce à une description des principales étapes de décision politique ayant marqué son évolution. Nous exposerons les événements ayant façonné l'émergence de cette politique sociale, favorisé sa mise à l'agenda politique québécois, contribué à l'adoption d'une loi instituant ce régime ainsi que sa mise en œuvre. Nous nous pencherons tout particulièrement sur le volet public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et nous décrirons les institutions ayant des responsabilités dans le secteur du médicament québécois ainsi que les lois encadrant ce programme. Le régime général d'assurance médicaments du Québec étant encore en vigueur, la phase de terminaison ne fera pas partie de cette étude.

Dans le cadre de l'analyse de ce système de protection face au risque financier associé aux médicaments, nous exposerons essentiellement la situation québécoise ainsi que les principaux acteurs participant à ce dossier. Quelques pages seront accordées au système de santé canadien afin de mieux replacer l'évolution du régime québécois d'assurance

médicaments dans une perspective nationale.

Afin de dégager les grandes lignes historiques, nous analyserons principalement les événements s'étant déroulés avant la création du régime en 1996 puis nous identifierons les étapes d'émergence, de formulation, d'adoption et de mise en œuvre de ce programme. La recherche sur le régime général d'assurance médicaments portera ainsi sur la période débutant en 1994 et s'étalant jusqu'en 2005, année où le gouvernement du Québec adopte une politique du médicament.

L'analyse des politiques publiques est une approche utilisée afin de cerner les principaux enjeux liés au financement et à l'accessibilité des médicaments au Québec. Elle nous permet de mieux comprendre quelques événements de notre société tels que l'impact des interventions publiques sur les citoyens. Grâce à l'accumulation des interventions, cette approche vérifie l'existence de variations ou de convergences qui permet la comparaison et l'analyse afin de tirer des conclusions. (Tremblay, 1998)

L'approche séquentielle simple, classique et traditionnelle, est retenue pour mener cette recherche. Elle divise une politique en grandes étapes, soit : la mise à l'agenda; la production d'une solution; la décision; la mise en œuvre et finalement l'évaluation. Certains auteurs ajoutent l'étape de terminaison de la politique signifiant ainsi que celle-ci a atteint son objectif. Tel que mentionné plus haut, il ne sera pas question de faire une évaluation du régime ou d'analyser les décisions ayant mené à sa terminaison.

Cette étude documentaire exposera l'historique du régime général d'assurance médicaments québécois en présentant les institutions responsables de sa gestion et les lois qui le régissent. La question principale de cette recherche sera de déterminer qui est le maître d'œuvre de ce régime. Afin d'y répondre, on utilisera comme approche l'analyse des politiques publiques. Le fil conducteur et la question au centre de cette recherche est de déterminer quel individu ou groupe d'intérêts influence le plus l'évolution du régime général d'assurance médicaments. Aucune recherche n'a encore exploré le régime d'assurance médicaments québécois sous cette perspective.

Ce mémoire, traitant du régime général d'assurance médicaments, est une étude documentaire sur ce régime établi et géré par l'État ainsi que le programme gouvernemental qui le compose. Les informations pertinentes y sont assemblées et analysées. Une étude des documents publics de divers organismes, tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie de l'assurance-maladie du Québec a été effectuée. L'objectif du mémoire étant d'analyser les étapes de la prise de décision afin de répondre aux questions qui conduisent cette recherche : Quel acteur (individu; groupe d'intérêts; institution; parti politique) a le plus influencé l'évolution du nouveau régime? Est-ce une personne, un groupe de pression ou le gouvernement du Québec? Dans le cadre de ce travail, le gouvernement du Québec est représenté par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La recherche ne portera pas uniquement sur le débat des praticiens de la santé (ex.: les médecins, les infirmières, les pharmaciens) ou des groupes de pression (ex.: la Coalition sur l'assurance médicaments, la Coalition Solidarité Santé) essayant d'influencer les politiques gouvernementales relatives aux médicaments.

Cette recherche a également pour objectif de vérifier l'hypothèse secondaire selon laquelle les pressions financières exercées par le coût croissant des médicaments sur les finances publiques occupent une place importante dans les décisions gouvernementales relatives au régime général d'assurance médicaments. Dans un contexte budgétaire difficile, caractérisé par une croissance rapide des dépenses publiques en santé, quel est l'impact des pressions financières sur les choix du gouvernement du Québec relatifs à la nature du régime et du partenariat avec le secteur privé de l'assurance? Il est pertinent de chercher à identifier les principaux éléments ayant influencé les décisions gouvernementales dans le cadre de l'implantation de ce régime général d'assurance ayant un impact si profond sur la santé de la population québécoise.

Afin de pouvoir produire cette étude descriptive du régime général d'assurance médicaments, plusieurs sources d'information ont été utilisées pour présenter les principaux événements qui ont eu un impact sur le régime. Elles nous permettent d'identifier les éléments essentiels afin d'analyser le rôle des décideurs politiques. Nous pourrions ainsi fournir un schéma complet et cohérent de la situation.

Le premier chapitre présente les fondements théoriques de cette recherche qui utilise comme cadre l'analyse des politiques publiques. Le second chapitre décrit globalement le système de santé canadien en arborant le rôle de l'État dans le secteur social. Le troisième chapitre replace les médicaments au sein du système de santé et identifie les responsabilités des institutions fédérales et des gouvernements provinciaux.

Les chapitres subséquents exposent l'histoire du régime en utilisant l'approche séquentielle. Ainsi, le quatrième chapitre se penche sur la naissance de ce projet de société. Le cinquième chapitre raconte comment ce projet est apparu à l'agenda politique québécois. Dans sixième chapitre, nous retrouvons les étapes ayant mené à l'adoption du projet de loi n°33 instituant le régime général d'assurance médicaments. Finalement, le septième chapitre décrit les principaux événements survenus depuis l'implantation du nouveau régime jusqu'à l'adoption d'une politique du médicament en décembre 2005.

Ce dossier monographique est une recherche historique portant sur le régime général d'assurance médicaments, l'une des politiques sociales à la base du réseau sociosanitaire québécois. Cette recherche documentaire retrace les événements ayant conduit à l'adoption de cette politique sociale ainsi que les enjeux ayant marqué son évolution. Les principales positions des groupes ayant contribué au débat québécois sur l'accès aux produits pharmaceutiques y sont également présentées.

CHAPITRE I

L'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES

1.1 Politiques publiques et action publique

Les institutions et les politiques publiques influencent nos vies quotidiennes à travers l'encadrement des rapports sociaux. Dans la littérature spécialisée, on retrouve souvent l'emploi des termes «*politiques publiques*» et «*action publique*». Même si certains auteurs les utilisent de manière indistincte, ces deux expressions ne se réfèrent pas aux mêmes idées. En nous inspirant des travaux de Jean-Claude Thœnig, nous tenterons de bien distinguer ces deux concepts. Nous présenterons une définition du concept de politiques publiques avant d'aborder celui de l'action publique.

Selon Thœnig, l'analyse des politiques publiques s'occupe essentiellement du travail des responsables gouvernementaux alors que l'action publique s'intéresse surtout à la co-construction de problèmes par les représentants du secteur public et des acteurs non-gouvernementaux. Thœnig soutient que l'action publique remplace graduellement l'analyse des politiques publiques qui se voit confrontée à une crise de nature épistémologique. (Thœnig, 1998)

Les politiques publiques se penchent principalement sur le travail des autorités publiques évoluant dans les sphères législative, exécutive ou judiciaire de notre société. Selon cette approche, les autorités gouvernementales définissent les problèmes auxquels est confrontée la collectivité et identifient les priorités d'interventions. Ce sont les représentants publics qui décident de la manière dont on abordera un problème en élaborant des politiques et des programmes qui seront administrés avant d'être finalement évalués. Les autorités publiques possèdent de nombreux instruments leur permettant d'accomplir leur mandat; parmi ces outils on retrouve la taxation, la communication, la réglementation ainsi que la création d'institutions.

En plus d'étudier le travail des autorités publiques comme un processus d'activité, l'analyse des politiques publiques l'envisage aussi comme un producteur d'effets sur la société.

L'approche des politiques publiques s'intéresse principalement aux modalités d'intervention des intervenants publics et à l'inventaire des activités déployées pour traiter des programmes gouvernementaux. Théodore Lowi et Robert Salisbury présentent dans leurs travaux une classification systématique des politiques publiques qui les distinguent selon le degré de coercition qu'exerce la puissance publique, ainsi on retrouve des politiques réglementaires, distributive, redistributive et constitutive. En ce qui concerne l'inventaire des activités relatives au traitement des programmes gouvernementaux, Charles Jones propose une décomposition analytique du travail politico-administratif en 5 catégories: la mise à l'agenda; l'élaboration et la légitimation de solutions; la mise en œuvre, l'évaluation et finalement les terminaisons.

La sociologie et la science politique utilisent l'approche des politiques publiques d'une manière variée qui donne lieu à des travaux multiformes caractérisés par des disciplines, des approches ou des questionnements de natures diverses. Quelquefois, le terme politique publique est utilisé de manière opportuniste afin d'obtenir prestige ou financement.

L'application aux réalités empiriques de grilles d'analyse souvent préétablies engendre, selon Thoenig, «une myopie théorique et analytique qui empêche de voir autre chose que le déjà vu». Dans la perspective des politiques publiques, l'État occupe un rôle central dans le traitement des problèmes collectifs responsable de l'idée que cette méthode souffre d'étatocentrisme. Suite aux faiblesses identifiées de cette approche, certains chercheurs émettent l'idée que les connaissances générées par les politiques publiques entrent dans une phase de rendement décroissant. (Thoenig, 1998)

De plus en plus utilisés en sciences sociales, «*action publique*» et «*action publique organisée*» mettent l'accent sur l'ensemble de la société, contrairement aux politiques publiques qui se centrent sur l'État et l'administration publique. L'action publique se réfère à la manière dont la société construit et qualifie ses problèmes collectifs, comment elle élabore des réponses, des consensus et des processus afin de les traiter. Certains chercheurs considèrent que l'utilisation du concept d'action publique se veut une réponse à une insatisfaction face à celui d'étatocentrisme des politiques publiques.

Nous observons une transformation au niveau de la gouvernance de nos sociétés. L'État nation semble entrer dans une période de redéfinition et de crise de légitimité. Tant au niveau local que mondial, nous notons l'émergence de nombreux forums destinés au traitement de problèmes collectifs. Les groupes tiers, les institutions privées se lient à la puissance publique dans le cadre d'un processus de co-construction.

La santé est un exemple de secteur où l'État ne peut agir de manière isolée. La qualité de la santé ne dépend pas uniquement des technologies utilisées et des investissements gouvernementaux, elle varie aussi en fonction de nombreuses variables économiques, nutritionnelles, religieuses... Selon Thoenig, la santé devrait figurer parmi les objets de recherche pour l'avancement des sciences sociales et politiques. (Thoenig, 1998)

1.2 Définition du concept de politique publique

Le terme politique revêt plusieurs sens dans la langue française. Il désigne à la fois la sphère politique (*polity*), l'activité politique (*politics*) et l'action publique (*policies*) qui est le processus d'élaboration et d'implantation de programmes par l'autorité gouvernementale. L'analyse des politiques cherche à identifier les mesures que prend l'État dans un secteur. Mais l'identification des politiques publiques va au-delà d'une simple recherche des textes législatifs dans un domaine quelconque. Toute action publique devrait faire partie de l'analyse des politiques publiques soit : l'allocation de ressources financières, intellectuelles ou réglementaires ainsi que l'obtention de résultats physiques, financiers ou réglementaires. (Muller et Surel, 1998)

Selon Meny et Thoenig, l'approche des politiques publiques se définit à la fois comme un champ et une méthode. Dans un premier temps, la connaissance du travail des autorités publiques permet de mieux comprendre quelques événements de notre société tels que la nature de l'État, l'essence du politique ou l'impact des interventions publiques sur le reste de la société. De plus, grâce à l'accumulation d'observations, cette méthode vérifie l'existence de variations ou de convergences selon les domaines d'activité, les types d'autorités publiques ou enfin selon l'époque. L'approche des politiques publiques peut également être considérée comme une méthode car elle permet de comparer, d'analyser et de tirer des

conclusions adéquates d'après les données observées. (Meny et Thœnig, 1989)

Quoique l'analyse des politiques publiques ne soit pas un nouveau domaine, elle a longtemps été confinée à cause d'un sous-développement des instruments et des méthodes d'analyse et de recherche ainsi que par des interventions étroites dans les domaines traditionnels de l'État tels que la police, la sécurité, la diplomatie...

Muller et Surel ont parfois remarqué que les politiques adoptées dans un secteur public peuvent être contradictoires ou même chaotiques. Dans de telles circonstances, il devient essentiel d'identifier et de bien comprendre les relations entre les acteurs de ce sous-système. (Muller et Surel, 1998) Sabatier définit à son tour un sous-système de politiques publiques comme un groupe de personnes en relations sur une longue période de temps afin d'influencer les politiques adoptées et mises en œuvre dans leur secteur. (Sabatier, 1999)

Les objectifs d'une politique publique peuvent être explicites ou même implicites; les décideurs ne présentent pas toujours tous les motifs guidant leurs choix. La décision que prend l'autorité publique de ne pas régler un problème inscrit à son agenda est aussi considérée comme une politique publique. Muller et Surel identifient 3 cas possibles :

- la non-décision intentionnelle;
- la non-décision controversée;
- la non-mise en œuvre.

Il n'existe pas toujours de corrélation directe entre l'impact d'une politique et les ressources financières qui lui sont allouées. Aux yeux de certains observateurs, une politique donnée peut présenter un rapport coût/bénéfice trop élevé. Tandis qu'une politique de type réglementaire n'entraînant aucun coût d'implantation peut avoir un impact substantiel dans un secteur d'activité. (Muller et Surel, 1998)

L'une des approches fréquemment utilisées dans l'analyse des politiques publiques est l'approche séquentielle. Celle-ci divise une politique en grandes étapes :

- la mise à l'agenda;
- la production d'une solution;
- la décision;
- la mise en œuvre et
- l'évaluation.

Certains auteurs ajoutent l'étape de terminaison de la politique signifiant ainsi que celle-ci a atteint son objectif. La simplicité du modèle séquentiel n'est plus à démontrer mais la vision trop linéaire qu'elle implique sous-estime quelquefois le caractère chaotique inhérent aux politiques publiques.

1.2.1 L'approche cognitive

L'approche cognitive se veut un courant d'analyses qui présente les politiques publiques comme des matrices cognitives. Celles-ci comportent une représentation de la réalité qui devient le contexte de l'action des acteurs. Cette approche d'analyse des politiques publiques accorde une importance particulière aux représentations, aux valeurs et aux idées.

Les paradigmes, les systèmes de croyance et les référentiels sont trois concepts qui partagent les prémices qu'il existe une vision particulière de la réalité variant selon les acteurs sociaux. Chaque secteur d'activité est caractérisé par les valeurs spécifiques qui influencent le choix des actions possibles à travers les interactions et les stratégies des acteurs et par les institutions de ce secteur donné.

Les matrices cognitives créent chez certains acteurs un sentiment d'appartenance à un système spécifique qui détermine les normes à respecter et les relations avec les autres groupes de leur sous-système. La matrice est constituée à partir d'un processus dynamique lié aux interactions et aux rapports de force entre les acteurs du système.

1.2.2 La prise de décision

Dans l'analyse des politiques publiques, le moment où une décision est prise marque une rupture au niveau du temps et de l'espace. Au niveau temporel, on se retrouve avec la période «*avant*» et la période «*après*» la prise de décision tandis qu'au niveau spatial, les acteurs modifient leurs stratégies en fonction des nouvelles informations découlant de la décision.

Néanmoins, il est extrêmement difficile de déterminer le moment précis de la prise de décision. Avec le temps, on peut réaliser plus clairement les conséquences d'une décision car au moment de sa mise en marche, les acteurs n'ont qu'une vision partielle de la réalité et ne pouvaient prévoir toutes les conséquences qui en découleraient.

Quoiqu'on semble regarder une décision comme un acte isolé, il est plus juste de l'analyser comme un processus. Jones la présente en deux principales étapes : la formulation où différents choix sont envisagés par l'autorité publique et la légitimation qui met en marche un mécanisme permettant de rendre un choix acceptable tant au niveau des règles qu'à celui de l'opinion publique.

De nombreuses contraintes insoupçonnées balisent la prise de décision. Il existe les règles formelles et les règles informelles qui régissent les activités des organisations. Les stratégies de pouvoir et les routines bureaucratiques exercent également de sérieuses pressions sur les dirigeants. On réalise que le modèle de décision rationnelle, identifiant comme décideur un acteur capable de définir ses préférences, de soupeser les alternatives et de faire le meilleur choix possible, ne représente pas complètement la réalité quotidienne.

1.2.3 Le changement

Si le changement dans l'action publique semble plutôt simple à première vue, on réalise rapidement la complexité inhérente à ce processus. La décision, dans un contexte caractérisé par la rationalité limitée, ouvre la porte à des changements à la marge des décisions déjà prises. Il s'agit plus de réajustement du tir que d'un changement de perspective.

Dans un contexte de négociation perpétuelle entre les acteurs politiques, dans lequel les personnes ne possèdent pas toutes les informations pertinentes, ne contrôlent pas complètement l'environnement et ne disposent pas de toutes les solutions possibles, les changements dans l'action politique sont superficiels et souvent l'alternative choisie est la plus proche du statu quo. Aussi, l'héritage du passé, lourd et contraignant, réduit l'éventail de choix qui s'offrent aux décideurs publics.

1.2.4 L'application pratique du concept de politiques publiques

Dans son livre intitulé *Économie des politiques publiques*, Xavier Greffe présente la chose publique sous sa perspective économique. De nombreux pays ont connu, au début des années 1990, une progression de l'endettement public et leurs gouvernements ont dû revoir leur mode de fonctionnement à la recherche d'efficacité et d'efficience. En citant la France comme exemple, Greffe identifie un accroissement dans 3 postes-clés : la santé, le chômage et les retraites. Une société de plein-emploi est essentielle à l'application du modèle d'État-providence car les contributions fiscales élevées permettent à la société de s'offrir des programmes sociaux. Dans une situation caractérisée par un taux de chômage élevé, le poids des impôts et des cotisations devenant insupportable pour les contribuables amène le gouvernement à remettre en question le principe même de la solidarité. Tous les pays développés vivent des transitions sociodémographiques et se voient confrontés au vieillissement de leur population. L'inversement de la pyramide démographique et la diminution de la population active exercent d'énormes pressions sur les dépenses en santé et celles liées aux retraites. La diminution du nombre de cotisants et de ce fait la diminution des recettes fiscales aura un impact négatif sur les futures dépenses gouvernementales. (Greffe, 1997)

Greffe présente le théorème de Pareto selon lequel l'allocation des ressources est faite de manière optimale lorsqu'on ne peut améliorer le bien-être de quelqu'un sans diminuer celui d'un autre. Une économie de marché où existe la libre concurrence permet d'atteindre l'efficacité économique. Néanmoins, nous savons que les lois du marché ne sont pas toujours efficaces, par exemple dans les situations de monopole naturel ou bien collectif. Dans ces cas, il faut envisager l'intervention de l'État afin de résoudre les défaillances du marché.

Selon la classification de Musgrave, l'État peut intervenir afin de corriger des équilibres partiels en allouant des ressources. Il peut aussi favoriser un équilibre général par des politiques de stabilisation ou même en apportant des corrections à une dynamique du marché par une redistribution des ressources. (Greffé, 1997)

1.3 Communautés de politiques et réseaux de politiques

L'émergence d'une politique publique est souvent influencée par les actions des groupes ou des personnes ayant des intérêts dans un secteur particulier et qui exercent des pressions sur les autorités publiques. Il arrive souvent que la nature des relations entre les différents acteurs et les alliances qui se forment modifient la définition d'un problème. Certains acteurs exercent plus d'influence que d'autres. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer le meilleur accès de certains groupes face aux décideurs publics. Premièrement, un acteur décisionnel peut s'identifier à un groupe ou lui être favorable pour des raisons politiques. Il se peut aussi que les ressources que possède un groupe lui confèrent une position stratégique face aux autres acteurs. On constate que le point de vue de certains groupes est valorisé au sein de l'opinion publique. Ainsi l'inégalité des ressources entre les acteurs influence l'accès à l'agenda politique des problèmes.

Les acteurs utilisent différents moyens pour se faire entendre. Parmi ceux-ci on retrouve les manifestations, les marches qui offrent une visibilité qui attire l'attention du public ainsi que celui des acteurs politiques et administratifs. La concurrence qui existe entre les problèmes pour consommer le temps et les ressources des décideurs étant énorme, il devient crucial pour les acteurs de maximiser leur visibilité.

Grâce à leur pouvoir de transmettre des informations à un large public, les médias occupent une place prépondérante et exercent un impact majeur sur la mise à l'agenda d'un problème. Ils peuvent diffuser l'information, amplifier une situation ou au contraire l'ignorer. Il arrive même parfois que les médias imposent certains sujets d'intérêt, simplifient un discours à outrance ou créent une certaine confusion dans la population en rapport aux données pertinentes. L'instrument médiatique peut faire avancer certains enjeux mais il peut aussi nuire.

Pour mieux comprendre les réseaux, Muller et Surel présentent la typologie de Rodes et Marsh décrivant 5 types de réseaux. On retrouve ainsi :

- les réseaux thématiques;
- les réseaux de producteurs;
- les réseaux intergouvernementaux;
- les réseaux professionnels ou sectoriels;
- les communautés de politiques publiques.

Cette typologie est trop générale et considère toute organisation comme un réseau. (Muller et Surel, 1998)

Atkinson et Coleman se penchent également sur les concepts de réseaux politiques et de communauté de politiques en les liant à des problèmes de gouvernance. L'image des fonctionnaires et des politiciens malléables au service des forces sociales s'atténue de plus en plus. L'État n'est plus perçu comme une forme inerte modelée au fil des luttes historiques et au service du plus fort. Aujourd'hui, l'État est vu comme un agent actif qui influence la société et qui sert autant l'intérêt des politiciens que celui du public. Certains secteurs se caractérisent par un oligopole représentant un ensemble d'intérêts limités alors que dans d'autres secteurs d'activité on retrouve une multitude d'acteurs et un spectre d'intérêts variés.

Les chercheurs utilisent le terme réseau de politiques pour qualifier les relations de dépendance existant entre les organisations et les individus qui sont en perpétuel contact dans un secteur particulier. Le thème de communauté de politiques suggère un système de croyances et un code de conduite existant entre les acteurs. Pour certains chercheurs, la communauté de politique est un sous-système du réseau de politiques.

Étant tous les deux des systèmes ouverts, flexibles et ne possédant pas de frontières bien étanches, le terme communauté semble vouloir définir les acteurs alors que le terme réseau se penche principalement sur les liens entre les acteurs. Ces deux concepts ont permis de recentrer l'attention sur les acteurs et leur influence sur le processus politique.

1.4 Outils méthodologiques

Dans *Étude des politiques gouvernementales*, Bernier et Lachapelle présentent une approche permettant d'analyser les politiques gouvernementales canadiennes. L'analyse des politiques publiques s'est beaucoup développée après la Seconde Guerre mondiale afin de bien saisir les actions de l'État-providence. Avec une remise en question du modèle d'État-providence et l'assainissement des finances publiques, l'analyse des politiques contribue à l'amélioration du fonctionnement gouvernemental. Plusieurs modèles permettent d'analyser la réalité. Vu la complexité de celle-ci, aucun modèle ne parvient à en saisir tous les aspects. Voici donc quelques exemples... Premièrement, le modèle de David Easton représente le système politique comme une boîte noire où les intrants sont exprimés par des demandes, de l'information, des ressources et les extrants sont des politiques affectant la société qui nous renvoie une rétroaction. Pour Allison, le système se caractérise par une rationalité limitée. Selon son modèle, le gouvernement identifie les problèmes et les objectifs à atteindre, analyse les options et choisit la solution qu'il juge la plus efficace et équitable.

Proposé par des économistes, le modèle suivant prétend que le gouvernement cherche à maximiser les votes électoraux et conçoit des politiques afin d'obtenir les votes au moindre coût. Les partis politiques sont en concurrence et offrent une variété de politiques à la population. Selon le modèle gradualiste, les objectifs à atteindre sont établis selon les moyens limités du gouvernement et les solutions choisies ne sont pas toujours les meilleures. Le modèle marxiste divise la société en classes inégales en perpétuel conflit où l'État penche en faveur de la classe dominante. Hébert et Simons présentent un modèle se basant sur la rationalité limitée où les décideurs cherchent à maximiser leur satisfaction.

Il y a aussi le modèle des anarchies organisées de Cohen, March et Olsen, où malgré un chaos total l'organisme atteint ses objectifs. Dans ses écrits, Kingdom explique comment les gouvernements décident sur quels enjeux intervenir et quels problèmes ignorer. C'est dans la phase d'émergence que les gouvernements sélectionnent les problèmes sur lesquels ils se pencheront.

Certains modèles expliquent mieux la réalité que d'autres ou sont mieux adaptés à certains domaines politiques. Beaucoup de variables entrent en ligne de compte dans l'analyse d'une situation, l'ajout d'une variable explicative augmente la qualité de l'analyse mais en diminue la simplicité. Ainsi, il est essentiel de faire les bons choix et de maintenir l'équilibre entre qualité et complexité.

1.5 Différentes perspectives

Selon Peter DeLeon, les sciences politiques ont une longue histoire lorsque l'on les considère comme conseils donnés aux souverains et un passé beaucoup plus récent en tant qu'approche méthodique et institutionnalisée permettant de mieux gérer les affaires publiques. Aujourd'hui, l'analyse des politiques publiques est bien établie, des études de politiques publiques sont souvent citées lors de débats et on retrouve des conseillers en politique dans les différents paliers gouvernementaux. (DeLeon, 1994)

De nos jours, une analyse coût-bénéfice est souvent menée avant l'adoption d'une nouvelle politique. Ce dernier élément associé à l'amélioration des prévisions représentent les deux principales révolutions qu'a connues l'analyse de politiques. Néanmoins, selon DeLeon, la science politique ne possède pas un corps théorique cohérent permettant de valider ou de reformuler les postulats. (DeLeon, 1994)

Peter DeLeon considère qu'une approche interdisciplinaire et une approche postpositiviste permettraient d'éviter que les sciences politiques ne s'enlisent dans la technocratie. Ainsi, DeLeon propose de réviser le corpus théorique actuel des sciences politiques, de développer des processus démocratiques et de se concentrer sur la définition et la conception de politiques. (DeLeon, 1994)

DeLeon ne propose pas que l'approche scientifique de la recherche en science politique soit abandonnée, bien au contraire. Il reprend même les principes d'Abraham Kaplan selon lesquels les politiques doivent être réalistes, rationnelles et empiriquement fondées pour être efficaces. Les politiques sont scientifiques lorsqu'elles sont formées à partir du libre usage de l'intelligence en se basant sur l'expérience. (DeLeon, 1994)

Muller situe les politiques publiques entre la sociologie et la science politique. Selon lui, l'analyse des politiques publiques a hérité du regard sur la chose publique de la sociologie des organisations et de la science politique, ainsi que d'une volonté d'intégrer la dimension politique dans l'analyse des organisations gouvernementales. L'auteur se questionne sur le statut accordé aux acteurs dans la conduite des politiques publiques. (Muller, 1996) L'analyse de l'émergence et du développement d'une politique publique, nous démontre que les chaînes causales des processus décisionnels dépassent nettement les actions des acteurs. Des limites telles que les cultures, routines ou contraintes bureaucratiques affectent la marge de manœuvre des acteurs au sein des systèmes de décision. Comme l'a déjà souligné Touraine, il existe un perpétuel conflit pour le contrôle de l'historicité, soit la façon dont l'histoire est racontée.

Certaines politiques possèdent des objectifs difficiles à cerner. C'est une tâche vraiment ardue parfois de mettre en évidence les liens existant entre l'action publique et les résultats observés. Cette situation s'avère délicate alors que les autorités publiques doivent intervenir dans des secteurs de plus en plus sensibles et des doutes s'accroissent quant à l'efficacité des interventions publiques. Néanmoins, on peut considérer les politiques comme des systèmes de croyances puisque chacune porte en elle l'idée d'un problème, d'une représentation d'un groupe social ou d'une théorie de changement social. Muller conclut que les politiques publiques sont une construction d'un rapport avec le reste de la société. (Muller, 1996)

Dans *La quête du deuxième souffle*, Thoenig identifie l'analyse des politiques publiques comme un domaine d'intérêt et de recherche de la sociologie et de la science politique. Suite à l'État providence, on a constaté l'apparition de nouveaux systèmes politiques à de multiples niveaux, dont les instances supranationales. Avec une évolution constante des formes classiques de gouvernement, il devient de plus en plus difficile de délimiter le secteur public du secteur privé. (Muller et al. 1996)

Thoenig conseille la vigilance afin d'éviter que l'analyse des politiques publiques ne succombe à la routine, à la vulgarisation ou au complexe d'infériorité à l'égard de tiers. Les risques de routinisation sont élevés si quelques précautions ne sont prises. Thoenig propose d'abord d'introduire plus de discipline quant à la méthodologie de recherche; il dénonce

ensuite les facteurs institutionnels car un dangereux conformisme émane des milieux académiques. Il conseille finalement de se recentrer sur la tâche scientifique et d'encourager la production de théories à moyenne portée. Thoenig se demande si les analystes de politiques ont une formation assez solide dans d'autres disciplines, entre autres, en sociologie. (Muller et al. 1996)

Pour Duran, tout en participant au décloisonnement existant entre la science politique et la sociologie, les politiques publiques nous offrent une plus grande maîtrise intellectuelle de notre environnement et une compréhension rationnelle des événements. Suite à ses succès, l'analyse des politiques publiques serait à la recherche d'un sens, saisie par de nouvelles interrogations sur la reconstruction du politique, la démocratie, la participation, les conditions de la légitimité politique, la constitution de l'espace public. Selon l'auteur, l'utilité d'une approche consiste à améliorer notre intelligence des phénomènes sociaux et de constituer éventuellement un outil d'action.

Majone constate qu'après l'échec de théories néofonctionnalistes destinées à prédire l'intégration européenne dans les années 1960 et 1970, les études européennes sont devenues de plus en plus empiriques et descriptives. Il encourage le renouveau de l'intérêt théorique à l'égard de l'étude des politiques européennes.

Pour Leca, il existe dans l'approche gouvernementale 4 défaillances principales qui portent atteinte à l'efficacité des politiques publiques et accroissent les inégalités. Elles se résument par l'incapacité de mettre en vigueur une réglementation; le refus des groupes ou de la bureaucratie de reconnaître la légitimité d'une politique; une mauvaise appréciation des relations de causalité reliant des moyens aux fins et l'absence de compétence au sens juridique.

Selon lui, l'appareil public se doit de répondre aux demandes qui lui sont adressées et résoudre les problèmes de manière efficace et efficiente. Leca exprime l'idée que les politiques publiques viennent utilement compléter le tableau «*policy creates politics*» puisque la substance des politiques affecte la façon dont le jeu politique se déroule.

Aux États-Unis, entre les années 1930 et 1960, l'étude des politiques publiques a été dominée par des théories systémiques selon lesquelles les acteurs possédant les meilleures ressources politiques influençaient avantageusement le processus de prise de décision. D'après Lasswell, les idées devaient occuper une place plus importante et les décisions politiques prises en accord avec les meilleures données scientifiques disponibles. Des études ont démontré les facteurs influençant l'information scientifique utilisée dans le processus de décision et la construction sociale des problèmes publics. Dans cette perspective, Sabatier et Schlager présentent plusieurs cadres théoriques américains d'analyse des politiques publiques. Ils se penchent principalement sur les approches favorisant les facteurs cognitifs par rapport aux facteurs non cognitifs. (Sabatier et Schlager, 2000)

Les études de politiques publiques comparées et le choix rationnel institutionnel sont deux approches de l'action publique qui comportent un faible contenu cognitif. Dans certains cas, il est difficile d'incorporer les notions relatives à l'action humaine pour expliquer les résultats d'une politique publique. Dans ce contexte, les variables systémiques, telles que les conditions socioéconomiques, l'opinion publique, la compétition partisane, sont prises en considération. Par exemple, les études comparées évaluent les effets des facteurs socioéconomiques et politico-institutionnels sur les résultats d'une politique publique. (Sabatier et Schlager, 2000)

Sabatier et Schlager se concentrent davantage sur des maximalistes cognitifs qui insistent sur le rôle des idées en mettant de côté les facteurs socioéconomiques, non cognitifs et les acteurs institutionnels. On retrouve dans cette catégorie : les cadres d'action publique; les récits de politiques publiques; la théorie culturaliste de Douglas et les référentiels. Les auteurs présentent également des approches équilibrées adoptant des facteurs cognitifs et non cognitifs, tels que : les courants de Kingdom; l'équilibre ponctuel; la construction sociale (*social construction*); l'*Advocacy Coalition Framework*. Chacun de ces modèles comporte des forces ainsi que des limites quant à l'explication de la réalité; ils sont néanmoins très utiles lors d'analyses de politiques publiques. (Sabatier et Schlager, 2000)

L'État est une institution politique souveraine d'une communauté organisée possédant des frontières fixes. Il est responsable de la population habitant son territoire et possède des

fonctions de base. Ainsi, revient-il à l'État de défendre sa population, de légiférer et de s'assurer du bon niveau de vie pour ses citoyens. Le processus de mondialisation remet en cause la légitimité de l'État en perturbant l'ensemble de ses fonctions, mais loin d'abolir le concept il en reformule le rôle. Dans un article intitulé *Globalization and Public Policy : Situating Canadian Analyses*, Grace Skogstad, traite de l'impact des processus de mondialisation et de régionalisation sur l'élaboration des politiques publiques canadiennes. (Skogstad, 2000)

L'une des premières responsabilités de l'État est de protéger ses citoyens en assurant la paix civile et en protégeant sa population contre des ennemis tant intérieurs qu'extérieurs. À cause du processus de mondialisation, les frontières étatiques deviennent de plus en plus perméables afin de permettre les différents échanges, qu'ils soient en termes de produits, d'investissements, de touristes ou même d'idées. Si ces échanges enrichissent l'État et sa population, ils apportent aussi des effets indésirables, tels que la pollution, les infections, les drogues ou même les armes.

La mondialisation déstabilise la mission de sécurité de l'État qui semble devenir secondaire à la capacité de celui-ci à s'adapter au marché mondial. Une autre des fonctions que la mondialisation perturbe est bien celle du législateur. Le phénomène de mondialisation entraîne le besoin de définir des règles du jeu permettant de baliser les échanges internationaux.

La mondialisation augmente irrémédiablement la concurrence entre les entreprises, les individus et aussi les États. Afin de rester compétitifs, ceux-ci doivent continuellement prendre des décisions adéquates pour favoriser les échanges internationaux. On observe alors une convergence de politiques publiques dans un secteur particulier. Les acteurs économiques nationaux et étrangers cherchent l'uniformité des règlements et autres politiques afin de réduire leurs coûts de transactions et de conformité et ainsi améliorer leurs profits et leur compétitivité. De plus, l'État souverain, espace indépendant de législation, se voit aussi affecter par l'arrivée de traités, d'accords internationaux prévalant parfois sur les lois et les normes nationales.

En plus de ses fonctions de base, l'État assume également des rôles économiques et sociaux, tels que la redistribution de la richesse parmi les membres de la société ou la prise en charge de la santé publique et de l'éducation. Les impératifs de compétitivité de la mondialisation remettent de plus en plus en question la mission de solidarité sociale de l'État et les politiques élaborées dans le domaine sociosanitaire.

CHAPITRE II

LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

2.1 Introduction

La santé occupe une place prépondérante dans la vie des Canadiens. Ainsi, on constate qu'au cours des dernières années, les politiques en santé ont occupé une place de choix à l'agenda des rencontres annuelles des premiers ministres canadiens. Chacune des provinces canadiennes se distingue quant au niveau d'activité de l'État dans le secteur de la santé. Dans le cadre de ce chapitre, nous présenterons quelques facteurs pouvant expliquer l'activité et les dépenses gouvernementales dans le secteur sanitaire canadien.

Tout d'abord, nous identifierons les rôles que remplissent le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, territoriaux dans le domaine de la santé au Canada. Nous décrirons ensuite les différents régimes de protection de la santé retrouvés au Canada en nous penchant plus particulièrement sur la situation québécoise. Nous traiterons de l'implantation au fil des années des régimes d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et d'assurance médicaments.

Après avoir identifié les principales fonctions dont le gouvernement fédéral est responsable dans le secteur du médicament et après avoir présenté les institutions publiques impliquées dans ce domaine sur la scène fédérale, nous traiterons de manière générale des différents régimes d'assurance médicaments au Canada.

2.2 La situation canadienne

Les politiques publiques et tout particulièrement les politiques sociales exercent quotidiennement une très grande influence sur nos vies. L'ensemble des programmes est souvent désigné par le thème État-providence et se réfère à l'augmentation de l'intervention de l'État dans la vie des citoyens afin d'améliorer leur bien-être socioéconomique. L'État-providence est considéré comme un filet de protection sociale face à l'économie capitaliste. Les Canadiens bénéficient de services en fonction de leur santé, de leur âge, de leur statut

d'emploi ou même de leur salaire. Les services ne sont pourtant pas gratuits puisqu'ils sont financés grâce aux prélèvements d'impôts sur le revenu et aux taxes de ventes.

2.3 Présence de l'État dans le secteur social

Utilisant les dépenses publiques à titre d'indicateur, Imbeau et Crête affirment que si l'État canadien a connu une croissance entre les années 1960 et 1990, celle-ci ne s'est pas matérialisée de manière uniforme d'un océan à l'autre. Dans certaines provinces, on a constaté une augmentation de l'activité gouvernementale fédérale, alors que dans d'autres, c'est l'administration provinciale qui s'est le plus développée au cours de la même période. Les auteurs observent néanmoins une convergence des différentes activités du gouvernement local vers les paliers supérieurs. (Imbeau et al. 2000)

L'État-providence canadien s'est développé de plusieurs façons à travers le pays. Les activités du gouvernement fédéral semblent nettement plus importantes en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique qu'ailleurs au Canada. Les organismes du gouvernement fédéral occupent moins de place au Québec et en Alberta. Dans cette dernière province, le gouvernement provincial occupe une place prépondérante et ses activités sont plus importantes que celles du fédéral. Pour ce qui est du Québec et de la Colombie-Britannique, nous notons un accroissement de l'apport fédéral allant de pair avec celui des activités provinciales. Dans le cas du Québec, certains politicologues estiment que l'augmentation des activités fédérales résulterait du désir de ce gouvernement de contrer un nationalisme croissant afin de préserver l'unité du Canada.

Selon le politicologue Guy Lachapelle, entre 1950 et 1980, les transferts fédéraux ont contribué à l'augmentation des dépenses provinciales dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation. L'augmentation du revenu personnel des contribuables et les transferts fédéraux constituent les principaux déterminants de la croissance des dépenses gouvernementales des provinces. L'auteur indique également qu'un développement économique rapide exerce un effet favorable sur la croissance du rôle de l'État et une influence bénéfique sur les dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi qu'en éducation soit l'enseignement primaire, secondaire et post-secondaire.

Lachapelle affirme que plusieurs facteurs influencent les investissements gouvernementaux. La présence de partis de gauche au pouvoir, le degré de compétition dans l'arène politique, le fait d'être ou non en année électorale, les besoins des citoyens et le niveau de développement économique sont autant d'éléments politiques qui exercent des impacts non négligeables sur les dépenses gouvernementales. Citant Siméon et Miller, Lachapelle suggère que même si le niveau d'investissement est différent d'une province à l'autre au fil des années, ce sont les dépenses de transferts du gouvernement fédéral qui ont principalement favorisé une harmonisation des politiques entre les provinces, malgré les différences qui existent dans les programmes implantés.

2.4 Rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en santé

Au cours des dernières décennies, les dépenses en soins de santé au Canada n'ont cessé de croître. On estime qu'environ 70% des investissements en santé financent l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation. Environ 30% des dépenses sont assumées par les utilisateurs, soit en déboursés directs, soit en cotisations indirectes à des régimes d'assurance privés. (Rapport Ménard, 2005, p.11)

Au Canada, la responsabilité des programmes sociaux est partagée entre les dix provinces, les trois territoires et le gouvernement fédéral. Dans la Constitution de 1867, les provinces sont désignées comme responsables des politiques de santé et des politiques sociales sur leur territoire. Mais depuis la Seconde Guerre mondiale, nous avons observé une présence accrue du gouvernement fédéral dans ces domaines. Celui-ci n'assure pas lui-même la gestion du système de santé national qui est composé de treize régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie. L'organisation et la prestation des soins sont décentralisées vers les provinces. Le point commun entre ces systèmes est le respect des normes établies par le gouvernement fédéral dans le cadre de la *Loi canadienne sur la Santé* (L.R., 1985, ch. C-6).

Même si les provinces sont responsables de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur leur territoire, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le secteur sanitaire. C'est à lui qu'incombe la responsabilité d'assurer des soins de santé à différentes populations dont les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants, le

personnel de la Gendarmerie royale du Canada, des Forces Armées ainsi qu'aux détenus du Service correctionnel du Canada.

Le gouvernement canadien exerce également des responsabilités en protection de la santé, entre autres, en régissant la sécurité des médicaments et des appareils médicaux, en établissant des normes pour la qualité des aliments, des sols, de l'air et de l'eau. Il assure également des responsabilités dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Aussi, le gouvernement fédéral, qui appuie financièrement la recherche en santé depuis une quarantaine d'années, a créé en 2000 les Instituts de recherche en santé du Canada.

L'administration des soins de santé est essentiellement de compétence provinciale, le gouvernement fédéral ne peut ainsi légiférer dans ce domaine. Néanmoins, depuis des décennies, le fédéral soutient financièrement les systèmes de soins de santé provinciaux. C'est en utilisant son pouvoir de dépenser que le gouvernement central a initialement signé des ententes avec les provinces afin d'établir des programmes à frais partagés.

Après la Deuxième Guerre mondiale, le Canada traverse une période caractérisée par un fédéralisme coopératif qui fait la promotion d'un modèle implanté par le gouvernement social-démocrate de la Saskatchewan avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation publique* en 1947 et la *Loi sur l'assurance-médicale* en 1962. Avant l'implantation de régimes publics d'assurance santé au Canada, les soins de santé relevaient du secteur privé et l'accès aux services médicaux était lié à la capacité de payer des personnes ou à leur capacité de s'assurer.

En 1977, les programmes à frais partagés sont remplacés par des transferts globaux aux provinces. En 1984, le gouvernement fédéral adopte la *Loi canadienne sur la Santé* afin de raffermir son rôle en santé et d'établir des normes centrales en terme de structure et de financement du système. La *Loi canadienne sur la Santé* énonce cinq principes qui sont l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique. Une province ne respectant pas ces principes risque d'encourir des pénalités telles que la diminution des contributions fédérales dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Ce transfert, accordé aux provinces par le gouvernement

fédéral, fut créé en 1995 afin de remplacer le Régime d'assistance publique du Canada et le Financement des programmes établis pour les secteurs de la santé et de l'éducation postsecondaire. (Ministère des Finances Canada)

L'objectif de la *Loi canadienne sur la Santé* est d'assurer que tous les Canadiens aient accès à des services médicalement nécessaires, tels que l'hospitalisation et les services d'un médecin. Néanmoins, les principes de la *Loi canadienne sur la Santé* ne s'appliquent pas à tous les services de santé, ainsi, les services complémentaires de santé, les services non assurés, les services désassurés et les services additionnels qui incluent, les médicaments, les services de chiropractie, de physiothérapie et les soins dentaires ne sont pas couverts.

Dans les années 1990, sous le fardeau croissant de la dette et des déficits budgétaires, le gouvernement fédéral a réduit ses dépenses incluant les transferts aux provinces. En 1995, ces changements unilatéraux causent d'importants préjudices aux provinces en terme de planification et de financement du budget de la santé. Durant plusieurs réunions fédérale-provinciales, les premiers ministres provinciaux ont réclamé le rétablissement de la contribution financière du gouvernement fédéral à son niveau de 1993-1994. Vers la fin des années 1990 commence déjà un débat national sur la viabilité du système public de soins de santé au Canada.

2.5 Commissions sur les soins de santé au Canada

Le Forum national sur la santé est créé en octobre 1994 par le premier ministre du Canada, Jean Chrétien. Premier organisme consultatif sur l'état du système de santé mis sur pied dans la période s'étalant des années 1990 à 2005, le Forum avait le mandat de transmettre au gouvernement fédéral des recommandations permettant d'améliorer le système de santé ainsi que l'état de santé de la population.

À l'aube des années 2000, de nombreuses commissions provinciales sur le système de santé vient le jour, il y a entre autres la commission Clair au Québec, la commission Duncan Sinclair en Ontario, la commission Mazankowski en Alberta et la commission Fyke en Saskatchewan. Pour répondre à ces initiatives provinciales, le premier ministre du Canada,

Jean Chrétien, annonce en avril 2001, la mise sur pied de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Cette commission est présidée par Roy Romanow, premier ministre de la Saskatchewan de 1991 à 2001.

À la même époque, le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie se penche sur le système de soins de santé canadien. Présidé par le sénateur Michael Kirby, ce comité dépose, en octobre 2002, son rapport final intitulé *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*. Parmi les recommandations du Comité Kirby, nous retrouvons, entre autres, la création d'un régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription.

En novembre 2002, la commission Romanow publie son rapport intitulé *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*. Celui-ci recommande une réforme en profondeur du système canadien de soins de santé afin d'en assurer la viabilité à long terme. Cette commission insiste sur l'importance d'assurer un financement suffisant, stable et prévisible ainsi que l'augmentation de la participation fédérale au financement des soins de santé. La commission Romanow propose la création de cinq nouveaux fonds ciblés finançant des priorités permettant de favoriser l'accès aux soins dans les régions rurales; de réduire l'attente pour les services diagnostiques; de favoriser les soins de santé primaires ainsi que les soins à domicile et protéger des impacts des thérapies médicamenteuses dispendieuses.

Au Canada, assurer la viabilité du système de santé public constitue l'une des priorités des gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux. Quelques mois après le dépôt des travaux de la commission Romanow, les premiers ministres se rencontrent en février 2003 afin de signer un accord sur le renouvellement des soins de santé. En septembre 2004, les premiers ministres s'entendent sur un Plan décennal pour consolider les soins de santé qui inclut une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

2.6 Conclusion

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux partagent des responsabilités dans le domaine de la santé. En vertu de la Constitution, les provinces et territoires sont responsables de la gestion des soins de santé et des politiques sociales dans leur juridiction. Le respect des normes établies par la *Loi canadienne sur la Santé* permet de recevoir des transferts fédéraux servant au financement en santé. Ce sont les dépenses fédérales qui favorisent l'harmonisation des politiques sanitaires.

Le vieillissement de la population, l'augmentation du coût des soins de santé, les attentes des citoyens ainsi que les restrictions budgétaires survenues dans les années 1990 ont eu un profond impact sur les réseaux de santé provinciaux. De nombreuses commissions fédérales et provinciales ont vu le jour; elles cherchent des solutions aux nouveaux problèmes que connaît le système sanitaire. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'entendent au début des années 2000 sur un plan visant à renouveler le système de santé canadien.

CHAPITRE III

LES MÉDICAMENTS AU CANADA

3.1 Introduction

À l'instar des régimes de protection de la santé, tels que l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation, il existe au Canada autant de régimes d'assurance médicaments que de juridictions provinciales. Plusieurs auteurs se sont penchés sur le cas des régimes d'assurance médicaments qui connaissent depuis quelques années une augmentation marquée de coûts. Afin de bien comprendre la complexité de la situation canadienne, nous présenterons une description générale de ce système.

Depuis le début des années 1990, avec l'émergence d'un contexte social caractérisé par des restrictions budgétaires dans le secteur public, le vieillissement de la population et l'avancement des technologies médicales, les gouvernements se préoccupent de plus en plus de l'augmentation de dépenses publiques allouées au système de soins de santé. Les régimes publics de médicaments retiennent particulièrement l'attention des gouvernements provinciaux car ils représentent souvent plus de 10% du leur budget alloué à la santé. D'ailleurs, depuis quelques années, l'augmentation des coûts des médicaments est supérieure à la croissance économique (PIB).

3.2 Différentes catégories de médicaments

Au Canada, lorsqu'un médicament est breveté il bénéficie d'une certaine protection accordée par le Commissaire aux brevets assurant un monopole de commercialisation, ce qui permet à son propriétaire de fabriquer, d'exploiter, de vendre son médicament de manière exclusive, pour une période de 20 ans. Un médicament non breveté ne bénéficie pas d'une telle protection. Un médicament générique (non breveté), copie d'un médicament de marque (breveté), est fabriqué et commercialisé après l'échéance du brevet du médicament de marque. Un médicament d'ordonnance est généralement prescrit par un médecin et dispensé par un pharmacien ou peut être administré dans un hôpital. Les médicaments en vente libre et certains médicaments non brevetés sont disponibles sans ordonnance. Ces médicaments en

vente libre sont généralement payés par le consommateur mais lorsque prescrits, ils peuvent être remboursés par les régimes d'assurance- médicaments privés ou publics.

3.3 Le rôle du gouvernement fédéral

Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé sont les trois organismes qui jouent un rôle distinct dans la revue des médicaments sur la scène fédérale.

3.3.1 Santé Canada

C'est la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) de Santé Canada qui, selon les dispositions de la *Loi sur les aliments et les drogues*, évalue les nouveaux médicaments afin d'en vérifier l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Ceci inclut les produits pharmaceutiques sur ordonnance et sans ordonnance, les produits désinfectants et des produits d'hygiène qui revendiquent un pouvoir désinfectant. Un avis de conformité est attribué lorsque le produit est jugé valable, accordant ainsi l'autorisation officielle de distribuer ou de commercialiser un médicament au Canada. Les médicaments ayant reçu cet avis peuvent alors être prescrits par un médecin.

3.3.2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

L'un des organismes fédéraux jouant un rôle essentiel dans le domaine des médicaments est le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Depuis sa création en 1987 par le Parlement, cet organisme possède des pouvoirs quasi judiciaires et sert à protéger les Canadiens de la hausse excessive des prix des médicaments brevetés au Canada selon une réglementation directe du prix des médicaments brevetés.

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, créé par des modifications apportées à la *Loi sur les brevets*, assure un juste équilibre entre les intérêts des consommateurs, la prestation de soins de santé à un coût abordable ainsi que le respect des objectifs de développement industriels et commerciaux dans le secteur pharmaceutique. Quoique le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés soit un organisme qui exerce son

mandat de manière indépendante, il fait partie du portefeuille de la Santé à travers lequel il rend annuellement compte de ses activités au Parlement canadien. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés ne contrôle pas les prix des médicaments non brevetés ainsi que celui des médicaments génériques. Il ne peut également pas influencer le prix de vente en gros et au détail, l'honoraire des pharmaciens, la distribution et l'ordonnance de médicaments.

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés élabore et tient à jour des lignes directrices sur les prix permettant aux compagnies commercialisant des produits brevetés d'établir des prix compatibles avec les exigences de la *Loi sur les brevets*. La détermination de ce qui constitue un prix excessif est guidée par des facteurs tels que les variations de l'indice des prix à la consommation, les prix des médicaments dans d'autres pays et les prix d'autres médicaments appartenant à la même classe thérapeutique.

Parmi les facteurs qui exercent une influence sur le coût des médicaments d'ordonnance se retrouvent : le prix des médicaments, la marge bénéficiaire des grossistes et des détaillants, les frais professionnels des pharmaciens, les variations démographiques, les changements quant aux habitudes d'ordonnance des médecins et de l'utilisation faite des médicaments et le recours accru aux nouveaux traitements de médicaments.

3.3.3 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé est un organisme national dont le mandat est de fournir des informations en matière des soins de santé et des conseils sur l'efficience et l'efficacité des médicaments et d'autres technologies de la santé, aux gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux. Jusqu'en avril 2006, cette Agence est connue sous le nom d'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) qui fut créé en 1989 et dont le mandat était la prestation d'informations fondées sur les données scientifiques concernant les technologies de la santé, émergentes ou existantes.

En 2003, le Programme commun d'évaluation des médicaments a été lancé afin de fournir

aux régimes d'assurance médicaments des évaluations cliniques et économiques rigoureuses de nouveaux médicaments ainsi que des recommandations concernant la couverture éventuelle de certains médicaments. Le Programme commun d'évaluation des médicaments permet d'éviter le dédoublement du travail d'examen des produits pharmaceutiques par les différents régimes publics. Ce programme représente un bon exemple de collaboration fédérale-provinciale. Les provinces sont libres de suivre les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments. Néanmoins, possédant ses propres institutions dans ce domaine, le Québec ne participe pas à cette initiative.

S'étant ajouté à l'OCCETS en 2004, le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments assure la promotion des meilleures pratiques qui s'appliquent à la prescription et à l'utilisation des médicaments.

3.4 Initiatives fédérale-provinciales-territoriales dans le domaine du médicament

En 2001, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont annoncé l'établissement du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). En collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés prépare des analyses sur le prix des médicaments, leur utilisation, les tendances des coûts du système de santé afin d'identifier des renseignements sur l'emploi des médicaments d'ordonnance et de dégager des conclusions sur les facteurs qui influencent l'augmentation des coûts des régimes publics d'assurance médicaments.

Dans le cadre de l'entente décennale visant à améliorer les soins de santé établie en septembre 2004, le premier ministre Martin et les leaders des provinces et des territoires s'entendent sur une Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques qui permettra de trouver des solutions au risque financier associé à la prise de médicaments coûteux. Un Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques publiait en juin 2006 son rapport d'étape présentant une série de recommandations. Les ministres de la Santé, à l'exception de celui du Québec, travaillent au sein du groupe de travail ministériel, coprésidé par le

ministre de la Santé fédéral et par le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique. Le gouvernement du Québec ne participe pas à certaines initiatives fédérale-provinciales. Le communiqué de presse du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes rappelle que *«tel qu'énoncé dans le «Plan décennal pour consolider les soins de santé» ainsi que dans l'entente «Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec», le Québec conserve son propre programme d'assurance-médicaments et, conséquemment, ne participe pas au développement de cette stratégie. Il est cependant ouvert au partage d'information et d'expertise»*. (SAIC, Juillet 2006)

3.5 Régimes d'assurance médicaments au Canada

Les médicaments d'ordonnance ne sont pas couverts par les principes de la *Loi canadienne sur la Santé*. Alors que les médicaments sont gratuits lors de l'hospitalisation, les patients non hospitalisés doivent en défrayer les coûts à moins de bénéficier d'une assurance médicaments privée ou publique (fédérale, provinciale ou territoriale). Les administrations fédérale, provinciales et territoriales offrent plusieurs niveaux d'assurance médicaments avec différentes conditions d'admissibilité, primes et franchises. La couverture publique complémentaire varie considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre en ce qui concerne le montant à déboursier par le bénéficiaire à titre de franchise ou de contribution. Pour ce qui est des compagnies d'assurance privée, elles présentent des écarts considérables quant aux médicaments couverts et à la contribution réclamée aux usagers.

La figure 3.1 décrit le processus entrepris afin de vendre un médicament au Canada. Dès qu'un produit reçoit un avis de conformité de Santé Canada et que son prix est déterminé, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les assureurs privés consultent des comités d'experts afin de décider si ce médicament sera inclus ou non dans leurs régimes respectifs. On constate habituellement que l'assurance médicaments des ménages à faible revenu et des personnes âgées est sous la responsabilité des gouvernements provinciaux alors que les frais de médicaments des personnes qui travaillent relèvent des assureurs privés.

Avant la mise en marché	Surveillance et inspection de conformité en matière de sécurité et de réglementation.	Élaboration de nouveaux produits
		Études pré cliniques Essais cliniques Soumission de réglementation
Après la mise en marché		...Innocuité, qualité, efficacité des produits thérapeutiques, rentabilité...
		Examen de la soumission
		Santé Canada prend la décision de l'autorisation de la mise en marché (AC, AC-c, ANC). Étiquetage (y compris la monographie) Sommaire de la décision
		Décisions de commercialisation prises par les établissements pharmaceutiques
		Examen du prix (CEPMB) Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM)
		Régimes d'assurances-médicaments publics et privés et politiques Décisions en matière d'inscriptions et de remboursement
		Accès par les fournisseurs et les patients par l'entremise du système de soins de santé
		Accès pour les patients, utilisation dans le monde réel
		Interaction entre les fournisseurs et les patients
		Pratiques en matière de prescriptions (y compris l'utilisation non indiquée sur l'étiquette)
		Étude de l'efficacité thérapeutique et de rentabilité (essais cliniques, recherche, etc.)
		Renseignements à l'intention des cliniciens et des patients
		Cueillette et communication d'EIM et autres renseignements après la mise en marchés SNIUMP SCPUOM
		Retrait des produits qui sont sur le marché par les organismes de réglementation ou les entreprises.

Figure 3.1 Cycle de vie des produits pharmaceutiques. (Tirée de Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, 2006.)

C'est aux régimes d'assurance santé provinciaux et territoriaux qu'il revient d'approuver l'inscription des médicaments sur les formulaires. Les provinces et territoires établissent leurs propres cadres et processus réglementaires dans la sélection des médicaments remboursables. C'est ce qui explique que la couverture des régimes publics d'assurance-médicaments, en termes de critère d'accès et de remboursement, varie d'un coin à l'autre du pays. Les 13 régimes provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments présentent de nombreuses spécificités, divergences et exceptions, ce qui explique la difficulté de réunir toute l'information nécessaire afin d'établir une comparaison exhaustive de leur couverture.

Le gouvernement fédéral offre un régime d'assurance médicaments à plus d'un million de Canadiens dont les militaires, les anciens combattants, les membres de la Gendarmerie royale, les détenus des pénitenciers fédéraux ainsi qu'aux membres des Premières nations.

Alors que certaines provinces, telles que la Colombie-Britannique, le Manitoba, la Saskatchewan et le Québec, offrent des régimes d'assurance médicaments s'adressant à tous les résidents de leur territoire, d'autres provinces couvrent une clientèle bien plus restreinte. Nous constatons, néanmoins, que toutes les provinces protègent les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les prestataires de la sécurité du revenu. Certaines provinces offrent une couverture publique à des clientèles particulières :

- les familles vivant avec un faible revenu (Île du Prince -Édouard);
- les personnes handicapées (Nouvelle-Écosse);
- les personnes utilisant une grande partie de leur revenu pour l'achat de médicaments (Ontario, Saskatchewan, Colombie-Britannique, Manitoba);
- les personnes non couvertes par une assurance privée voulant une protection facultative (*non group coverage* en Alberta). (Rapport Montmarquette, 2001, p.23)

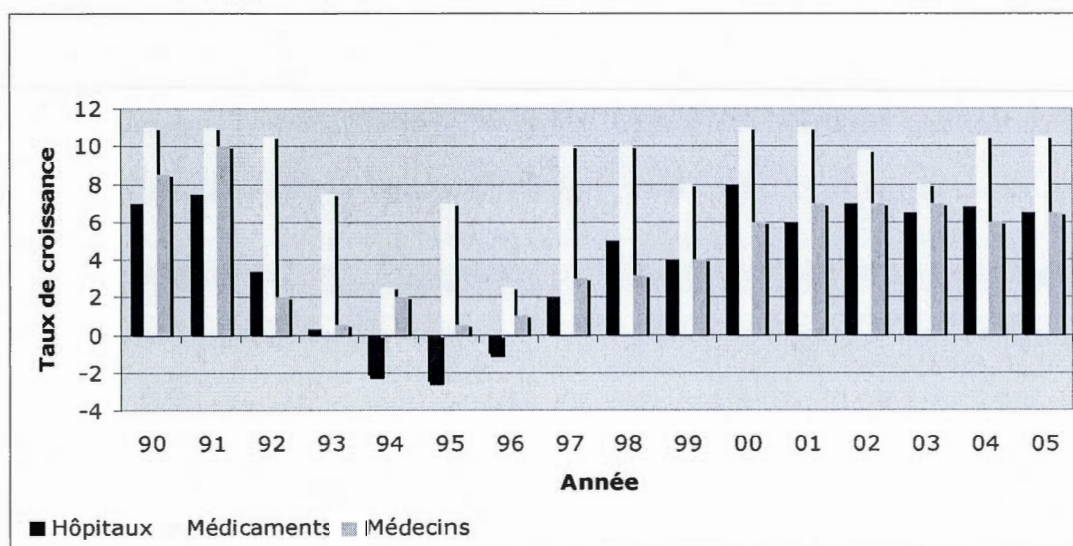
Au Québec, les assurés participent financièrement au régime par une prime d'assurance et une contribution à l'achat (franchise et coassurance), mais de nombreuses provinces ne prévoient pas le paiement d'une prime annuelle. La participation des bénéficiaires aux régimes publics varie donc d'une province à l'autre. Chaque province canadienne possède une liste souvent appelée formulaire qui indique les médicaments assurés par le régime public ainsi que les restrictions possibles. Ces listes indiquent le prix de remboursement et des informations pour les pharmaciens sur les médicaments interchangeable (génériques).

Différentes stratégies sont utilisées afin de contrôler le coût des programmes publics d'assurance médicaments. Les données indiquent que le taux d'augmentation annuel des médicaments est supérieur à celui des dépenses dans l'ensemble du système public de soins de santé canadien. Lors de l'établissement du système de santé, les services pharmaceutiques et les soins dentaires n'ont pas été inclus et se sont développés sans harmonisation nationale. De plus, la *Loi canadienne sur la Santé* ne comporte aucune disposition au sujet de régimes

publics de médicaments, c'est ce qui explique que les provinces aient principalement ciblé ces programmes lorsqu'elles ont voulu réduire leurs dépenses en santé. (Thériault, 1997)

3.6 Dépenses de médicaments au Canada

Les 3 principaux postes des dépenses en santé au Canada sont liés aux frais médicaux, au fonctionnement des hôpitaux et aux médicaments. L'Institut canadien d'information sur la santé évalue qu'en 2003, les dépenses totales en médicaments au Canada s'élèvent à 20,1 milliards de dollars. (ICIS, 2006)



Source: Institut canadien d'information sur la santé, y compris tous les médicaments prescrits et non prescrits.

Figure 3.2 Tendances des dépenses de santé annuelles, 1990-2005 (Tirée de Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, 2006.)

Les dépenses en médicaments par rapport aux dépenses totales en santé sont passées de 9,5% en 1985 à 16,4% en 2003 et devraient augmenter au cours des prochaines années à un taux supérieur à 10% (Voir figure 3.3). (ICIS, 2006)

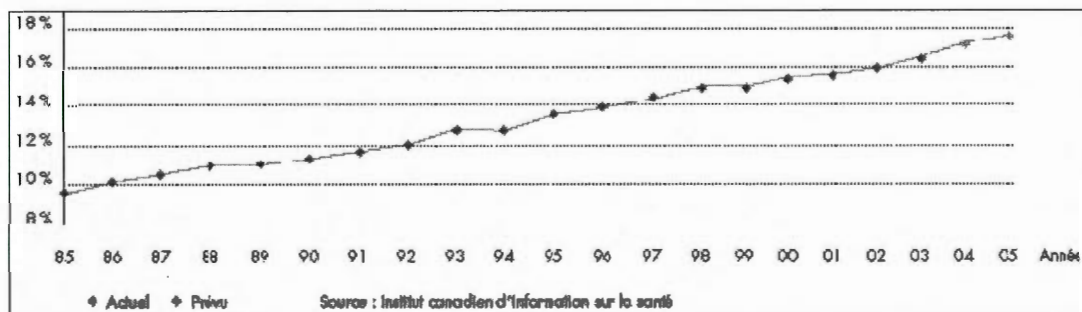


Figure 3.3 Dépenses consacrées aux médicaments par rapport aux dépenses de santé totales, 1985-2005. (Tirée de Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, 2006.)

3.7 Conclusion

Le gouvernement fédéral et les provinces se partagent des responsabilités quant aux médicaments. Alors que le gouvernement fédéral a la responsabilité de vérifier la sécurité des médicaments, les provinces gèrent les programmes de médicaments publics. Quoique que la couverture et les modalités des régimes d'assurance médicaments varient d'une province à l'autre, on remarque qu'habituellement les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu sont couverts par l'État. Les enjeux reliés au régime d'assurance médicaments sont complexes. Chaque province canadienne possède un modèle qui lui est propre, complémentaire et intégré à son système de santé et qui reflète tant ses valeurs que ses choix politiques ainsi que la capacité de payer de ses citoyens. La part que les médicaments occupent dans les dépenses totales en santé ne cesse de croître. L'Institut canadien d'information sur la santé estime que les dépenses consacrées aux médicaments par rapport aux dépenses de santé totales devraient continuer à croître au cours des prochaines années. Ceci explique le besoin que ressentent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de travailler en collaboration afin de trouver des solutions à la croissance des coûts des médicaments.

CHAPITRE IV

L'ÉMERGENCE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

4.1 Introduction

En janvier 1997, le gouvernement du Québec instaurait un régime général d'assurance médicaments garantissant une protection de base en matière de médicaments à toute la population. Avant l'implantation d'un tel régime, il existait plusieurs programmes de médicaments et de services pharmaceutiques s'adressant à différents segments de la population.

Dans ce chapitre, nous dresserons un portrait de la situation qui prévalait au Québec avant l'implantation du régime général d'assurance médicaments en analysant le contexte sociopolitique tout en identifiant les événements clés ayant contribué à l'émergence de cette politique sociale. Nous présenterons également les principaux rapports qui ont trait à la question du médicament au Québec et analyserons l'impact de leurs recommandations.

Nous traiterons aussi du processus d'émergence entourant la mise à l'agenda politique québécois du régime général d'assurance médicaments en présentant les diverses interactions entre des facteurs tels que les décisions politiques, l'implication des groupes de pression, la situation du gouvernement et les orientations du parti au pouvoir.

4.2 Situation au Québec avant l'assurance médicaments

Dans cette section, nous présenterons une brève description de l'évolution des programmes de médicaments au Québec s'étalant sur une période de trente ans, depuis leur conception initiale dans les années soixante jusqu'à l'adoption du régime général d'assurance médicaments à la fin des années quatre-vingt-dix.

En 1961, le premier ministre fédéral progressiste-conservateur, John Diefenbaker, crée une Commission royale d'enquête sur les services de santé, dirigée par le juge Emmett Hall. En 1964, la commission Hall dépose à la Chambre des communes un rapport proposant

l'instauration d'un régime complet et universel d'assurance santé pour l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes. Le rapport Hall recommande la création d'un régime, administré par les provinces avec une contribution du gouvernement fédéral, qui couvrirait les frais reliés aux services médicaux, aux services de soins à domicile ainsi qu'aux médicaments sur ordonnance.

Au Québec, en décembre 1966, le gouvernement unioniste de Daniel Johnson met sur pied une Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Les travaux et les rapports de cette commission, initialement présidée par l'actuaire Claude Castonguay puis par Gérard Nepveu, s'échelonnent sur quatre ans. Les recommandations de la commission Castonguay-Nepveu marquent l'évolution des concepts reliés à la santé et à la maladie au Québec.

Nommé ministre des Affaires sociales au sien du gouvernement libéral de Robert Bourassa en décembre 1970, Claude Castonguay s'inspire des principales recommandations de cette commission, jetant ainsi les bases de l'actuel système de santé québécois.

Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec administre le programme de médicaments et de services pharmaceutiques depuis 1972. Ces nouvelles responsabilités lui ont été conférées suite aux réformes découlant des travaux de la commission Castonguay-Nepveu (1966-71). (Gauthier, 1993)

La Régie de l'assurance maladie du Québec paie les médicaments et les services pharmaceutiques pour les personnes admissibles à ses programmes, ce qui représente, au début des années 1990, les deux tiers des dépenses de médicaments du gouvernement québécois. Le reste des dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques est engendré par le réseau sociosanitaire et est payé par le gouvernement du Québec. (Gauthier, 1993, p.2) Les frais de médicaments dans les centres hospitaliers s'élèvent en 1993-1994 à près de 235 millions de dollars auxquels on ajoute 150 millions de dollars représentant le salaire des pharmaciens œuvrant dans le réseau sociosanitaire. (Rapport Gagnon, 1995, p.17)

Dans leurs rapports, les Commissions Hall et Castonguay-Nepveu recommandent l'instauration d'un programme d'assurance médicaments universel. Néanmoins, lors de

l'instauration de l'assurance maladie, les médicaments n'ont pas été inclus dans la liste des services assurés tout comme les soins dentaires et les soins à domicile.

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'adresse à des clientèles ambulatoires bien spécifiques, leur offrant l'assistance nécessaire afin d'obtenir des médicaments et des services pharmaceutiques gratuits. Parmi les groupes couverts par la Régie, on retrouve :

- les prestataires de la Sécurité du revenu (1972);
- les personnes âgées de 60-64 ans bénéficiant de l'allocation du conjoint (1975);
- les personnes de 65 ans et plus, quel que soit leur revenu (1977). (Rapport Demers, 1994, p.17 et Rapport Gagnon, 1995, p.18)

En plus du programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux crée différentes mesures palliatives pour favoriser l'accès aux médicaments dispendieux. En 1973, la circulaire «Malades sur pied» est mise en place afin de fournir des médicaments à des patients atteints de certaines maladies dont le coût des traitements est exceptionnellement élevé. (Rapport Demers, 1994, p.18) Cette mesure vise à assurer une continuité du traitement, évitant ainsi l'hospitalisation. En 1991, les coûts reliés à cette circulaire s'élèvent à près de 20 millions de dollars et sont inclus dans l'enveloppe budgétaire des hôpitaux. Environ 40 000 et 50 000 personnes ont pu profiter de cette mesure. (Rapport Gagnon, 1995, p. 9)

En 1991, 19,6% de la population du Québec étaient admissibles au programme de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Les médicaments assurés sont ceux prescrits par un médecin ou un dentiste, dispensés dans les officines privées des pharmaciens; et inscrits sur la liste de médicaments préparée par le Conseil consultatif de pharmacologie. Cette liste est publiée deux fois par an par la Régie de l'assurance maladie du Québec. (Gauthier, 1993)

Les services pharmaceutiques assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec sont déterminés par règlements et dispensés par les pharmaciens. La rémunération des pharmaciens est négociée entre le gouvernement et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

Dans les années 1990, la Régie de l'assurance maladie du Québec met également sur pied des programmes offrant des médicaments gratuits aux personnes atteintes de maladies transmissibles sexuellement. Les personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) bénéficient également de cette mesure.

En 1993, la Régie de l'assurance-maladie du Québec recevait le mandat d'entreprendre une évaluation de son programme de médicaments et de services pharmaceutiques. Représentant près de 18% des coûts de programmes de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ce programme présentait depuis une dizaine d'années un taux de croissance annuel de 16%, nettement supérieur à celui des autres activités qui lui incombait. Les dépenses associées aux médicaments connaissent une croissance soutenue dans le réseau hospitalier québécois avec un rythme annuel moyen de 8,5%. (Rapport Gagnon, 1995, p.17)

La croissance du coût des médicaments n'est pas un phénomène nouveau. Dans son rapport datant de 1964 où l'on retrouve la conception du programme, la commission Hall justifiait l'intégration des médicaments d'ordonnance à un régime complet et universel de soins de santé par le coût élevé et croissant des médicaments qui pouvait constituer une barrière à l'accès pour certaines personnes. (Gauthier, 1993, p.9)

Les rapports Hall et Castonguay-Nepveu prévoyaient également l'instauration d'un programme d'assurance médicaments devant couvrir l'ensemble de la population tout comme l'assurance maladie. La volonté du gouvernement québécois d'implanter un programme universel offrant des médicaments gratuits ne s'est jamais concrétisée. (Gauthier, 1993, p.13)

Le désir du gouvernement de contrôler les dépenses publiques a pesé lourd sur la façon d'envisager le concept d'accessibilité dans le système sociosanitaire québécois et explique en grande partie le changement d'orientation du programme de médicaments depuis sa conception. (Gauthier, 1993, p.29)

L'accessibilité et l'équité, deux valeurs très présentes dans les années 70, ont été remplacées par la pertinence, l'efficacité et la qualité des produits et des services assurés. (Gauthier, 1993, p.29) Au début des années 1990, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publie, pour fin de discussion en commission parlementaire, un document d'orientation sur le financement des services de santé et des services sociaux intitulé *Un financement à la mesure de nos moyens*. Ce document propose de restreindre la croissance des dépenses de santé à un rythme qui ne dépasse pas l'évolution de la richesse collective et tient compte de la capacité de payer de l'État. Les objectifs se rapportant au programme de médicaments proposent d'améliorer le contrôle de leurs prix et d'entreprendre une évaluation du programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec afin de réévaluer la gamme et l'étendue de services assurés. (Gauthier, 1993, p.20)

En 1992, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publie la *Politique de santé et de bien-être*, présentant ainsi les principaux objectifs du gouvernement québécois en matière de santé. Dans ce document d'orientation se retrouvent quelques objectifs ayant un lien étroit avec le programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec, tels que la diminution du taux d'incidence des maladies transmissibles sexuellement et la réduction de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale. (Gauthier, 1993, p.17)

Les problèmes de dépendance, de polymédication et de mauvaise consommation des médicaments sont identifiés dans le document d'orientation sur le financement du Ministère de la Santé et des Services sociaux comme ayant un effet négatif sur la santé et engendrant une utilisation inefficace des ressources sociosanitaires. (Gauthier, 1993, p.20) Ce document d'orientation sur le financement propose d'établir un lien entre la consommation individuelle et la contribution financière des usagers du réseau sociosanitaire québécois. Il envisage aussi la possibilité de récupérer totalement ou partiellement le coût des services tout en favorisant la prévention, une utilisation responsable des ressources, ainsi qu'en tenant compte de la capacité de payer des usagers. (Gauthier, 1993, p.22)

4.3 Contrôle des dépenses publiques

En mai 1992, le gouvernement du Québec instaure une contribution de 2\$ par ordonnance aux bénéficiaires de son programme de médicaments ne recevant pas le maximum de supplément de revenu garanti (SRG). Cette contribution est perçue par le pharmacien lors de l'achat jusqu'à un plafond annuel de 100\$ protégeant ainsi les citoyens dont la santé est précaire et qui consomment plusieurs médicaments. Cette contribution avait pour objectif de favoriser une consommation plus appropriée des médicaments. (Gauthier, 1993, p.22)

L'impact de ce changement est ressenti par un large pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus car les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées bénéficiant de la prestation maximale de supplément de revenu garanti reçoivent encore leurs médicaments gratuitement à travers le programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec. (Gauthier, 1993, p.22)

Puisque les médicaments ne sont pas inclus dans la liste des services assurés, ils ne sont pas sujets aux contraintes imposées par la *Loi canadienne sur la Santé* qui empêche les provinces de recevoir une contribution financière des usagers pour les services de santé. L'instauration d'une contribution aux usagers est l'une des stratégies mises en œuvre par le gouvernement afin de contrôler l'évolution des coûts du programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'amélioration de la pharmacothérapie et le contrôle des prix des médicaments sont d'autres mesures prises dans le même but. (Gauthier, 1993, p.21)

Le 11 novembre 1993, le gouvernement libéral annonce l'abolition de la circulaire «Malades sur pied» et l'élaboration d'un nouveau programme d'accès aux traitements de chimiothérapie. Si cette nouvelle passe initialement inaperçue, elle provoque par la suite une si vive controverse dans le milieu de la santé que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est vu obligé de créer, le 24 novembre, un comité chargé de réviser cette directive ministérielle. (Rapport Demers, 1994, p.2-3)

4.4 Comité Demers

Présidé par le Dr Jocelyn Demers, chef du service d'hémo-oncologie de l'Hôpital Sainte-

Justine, ce comité est également composé de Mme Dolorès Lepage-Savary, présidente de l'Association des pharmaciens d'établissement de santé du Québec et M. Jean Francoeur, commissaire aux plaintes. (Rapport Demers, 1994, Annexe C)

Le mandat du Comité Demers consiste à :

- *Revoir la politique actuelle définie dans la circulaire administrative 1981-154;*
- *Consulter les intervenants, associations et organismes concernés;*
- *Identifier les éléments problématiques reliés à la gratuité des médicaments dispensés à des personnes non admises en établissements;*
- *Sur la base de l'équité, proposer des solutions d'ensemble qui tiennent compte de la capacité de payer du citoyen et de l'État;*
- *Définir les paramètres de l'accessibilité aux médicaments et leur administration en ambulatoire, à court, moyen et long terme. (Rapport Demers, 1994, Annexe C)*

Dans son rapport déposé le 21 avril 1994 et intitulé *De l'assistance à l'assurance*, le Comité Demers conclut que l'on ne peut réformer la circulaire «Malades sur pied» sur la base de l'équité tout en tenant compte de la capacité de payer de l'État. Il avance également que l'abolition de la circulaire «Malades sur pied» par le gouvernement semble être le résultat d'un exercice axé davantage sur la gestion des coûts que sur la gestion des soins. Il recommande *«l'instauration d'un régime universel de base d'assurance-médicaments complétant notre dispositif de protection sociale contre les risques financiers de la maladie»*. Il propose d'*«étendre à l'ensemble de la population un accès économique raisonnable à une liste de médicaments d'ordonnance, étant compris qu'un tel accès est une condition nécessaire à l'amélioration de la santé»*. (Rapport Demers, 1994)

La circulaire «Malades sur pied» est un programme gouvernemental d'une vingtaine de millions de dollars par année qui offre, par le biais de pharmacies d'établissements hospitaliers pour une contribution de 2 \$, des médicaments pour soigner des maladies psychiatriques sévères, la fibrose kystique, le diabète insipide, la tuberculose, l'hyperlipoprotéinémie primaire ainsi que le cancer. (Rapport Demers, 1994, p.6-13)

Après avoir consulté près d'une cinquantaine de groupes évoluant dans le réseau sociosanitaire, le comité Demers a identifié de nombreux problèmes liés à l'application de la circulaire «Malades sur pied» et qui existent depuis ses débuts. En effet, la circulaire n'est pas accessible aux personnes souffrant de maladies dont le traitement est très dispendieux mais qui ne sont pas inscrits. Elle engendre de nombreux problèmes pour les usagers, les centres hospitaliers, le ministère et les professionnels de la santé. Le tableau 4.1 présente les principaux problèmes identifiés par le Comité Demers.

Tableau 4.1 Problèmes liés à la circulaire «Malades sur pied »

L'USAGER :	
-	- Iniquité
-	- Conditions variables d'accessibilité
-	- Ne correspond plus aux besoins
-	- Inaccessibilité des nouvelles technologies pharmacologiques
-	- Disparités régionales et interhospitalières
LE CENTRE HOSPITALIER :	
-	- Sous-budgétisation
-	- Croissance de la clientèle
-	- Difficultés de gestion du programme
-	- Absence d'aménagement physique adéquat
-	- Cloisonnement entre la gratuité totale prévue pour le malade hospitalisé et les coûts assumés par le malade non hospitalisé dont l'état de santé est critique
-	- Interprétation variable de la circulaire par les centres hospitaliers
LE MINISTÈRE :	
-	- Difficulté d'interprétation du texte
-	- Contestation de la circulaire par les centres hospitaliers
-	- Retrait progressif des assureurs privés
-	- Plaintes des citoyens admissibles ou non admissibles
LES PROFESSIONNELS :	
-	- Impossibilité d'offrir un service de qualité
-	- Aménagement physique inexistant
-	- Absence de moyens efficaces de communication interprofessionnelle
-	- Utilisation sub-optimale des médicaments
-	- Manque de ressources humaines pour assumer le programme

Tiré du Rapport Demers, 1994, p.8

4.5 Identification d'un nouveau problème

Chargé de définir les paramètres d'accès aux médicaments des patients ambulatoires, le Comité Demers dévoile que 60% de la population du Québec, environ 4.5 millions de personnes, possède une assurance privée ou collective couvrant entre 70% à 100% de leurs dépenses de médicaments; que 25% de la population est admissible au programme d'assistance médicament de la Régie de l'assurance maladie du Québec; et 15% de la population ne possède aucune couverture pour leurs dépenses de médicaments. (Rapport Demers, 1994, p.16)

Au début des années 1990, l'un des principaux objectifs du gouvernement libéral est de réduire le taux de chômage se situant autour de 12,5% par la création, le maintien et le soutien à l'emploi. Le gouvernement se donne également l'objectif de placer le citoyen au centre du système de santé et s'engage à améliorer les services sociaux, à réduire les coûts de l'administration du système et à offrir un meilleur service à la population. (Assemblée nationale, Cahier n°4, 24 mars 1994, pages 164-165)

Néanmoins, avant la publication du rapport Demers, on ignore l'importance et les caractéristiques de la population québécoise qui n'a pas accès à une assurance offrant une couverture pour les médicaments d'ordonnance. (Gauthier, 1993, p.32) De nombreux ménages vivent dans une situation précaire où le coût élevé des médicaments compromet leur équilibre financier. Le rapport Demers identifie une situation inéquitable où des personnes sont privées de médicaments seulement parce qu'elles n'ont pas les moyens de se les payer. Suite à la publication du rapport Demers, le ministre de la Santé et des Services sociaux propose de régler la situation inéquitable en instaurant un régime d'assurance médicaments.

Alors que le gouvernement dépense près de 1,4 milliard de dollars annuellement en médicaments, presque 1,5 million de Québécois ne possèdent aucune couverture pour les médicaments. Parmi les groupes les plus vulnérables on retrouve ceux dont le revenu se situe légèrement au-dessus du seuil du bien-être social dont le budget familial est compromis par des dépenses élevées en médicaments. Il y a également ceux qui perdent leur statut d'assurés lorsqu'ils sont soudainement confrontés à des dépenses élevées de médicaments

suite à l'apparition d'une maladie grave ou chronique. (Assemblée nationale, Cahier n°88, 12 décembre 1995, pages 5790-5798)

Selon le rapport Demers, le système en vigueur engendre des effets pervers en incitant des personnes défavorisées à rester plus longtemps sur le bien-être social où le programme de médicaments et de services pharmaceutiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec couvre tous les coûts reliés aux médicaments. De plus, la situation encourage les personnes hospitalisées à séjourner plus longtemps à l'hôpital au lieu de retourner vers la communauté où ceux qui sont retournés risquent la catastrophe s'ils développent une maladie chronique.

Le rapport Demers conclut que le système de santé québécois est incomplet par le manque de couverture pour le coût des médicaments d'ordonnance et propose un programme universel qui consoliderait les dépenses publiques et privées.

4.6 Instauration d'une contribution de 2\$

L'une des mesures gouvernementales pour contrôler les coûts du programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec est la contribution de 2\$ à payer par les bénéficiaires âgés de 65 ans ou plus. Cette mesure, instaurée le 15 mai 1992, soulève à l'Assemblée nationale des débats sur l'équité entre générations et même à l'intérieur de chaque génération. (Martin, 1995, p.5) L'opposition officielle identifie la contribution de 2\$ à l'imposition d'un ticket modérateur aux personnes âgées. (Assemblée nationale, Cahier n°14, 26 avril 1994, pages 551-552)

Selon certains députés libéraux, la participation au financement de leurs médicaments rendrait les consommateurs plus responsables par rapport aux coûts et aux soins reçus. Le gouvernement libéral cite des études récentes démontrant que la surconsommation et la mauvaise utilisation des médicaments chez les personnes âgées sont responsables de visites à la salle d'urgence des hôpitaux d'environ 15% des personnes âgées. (Assemblée nationale, Cahier n°7, 20 avril 1994, pages 259-261)

L'Opposition officielle prétend privilégier la transmission d'informations aux consommateurs à l'application de mesures restrictives. Soulevant des inquiétudes au sujet de

la santé de certaines personnes âgées ayant des revenus précaires qui se privent de leurs médicaments à cause de frais exigés à l'achat, des députés du Parti québécois demandent au gouvernement d'abolir la contribution de 2\$ et d'offrir des médicaments gratuits. (Assemblée nationale, Cahier n°7, 20 avril 1994, pages 259-261)

L'instauration de la contribution de 2\$ est la première expérience québécoise de contribution directe des bénéficiaires au coût de soins de santé. En 1993-1994, elle permet à la Régie de l'assurance maladie du Québec de récupérer une somme s'élevant à 35 millions de dollars. (Assemblée nationale, Cahier n°6, 19 avril 1994, pages 188-189)

En plus de restreindre l'utilisation abusive du programme de médicaments et d'aider à son financement, l'objectif de cette mesure est d'inciter les bénéficiaires, principalement les personnes âgées de plus de 65 ans, à rationaliser leur consommation de médicaments. Rappelons que les prestataires de la sécurité du revenu, les personnes âgées de 60-64 ans bénéficiant de l'allocation du conjoint et les personnes visées par le programme de MTS sont exemptés de tout frais. (Martin, 1995, p.5-6)

En mars 1995, la Régie de l'assurance maladie du Québec publie une étude analysant l'impact de la contribution de 2\$ sur l'évolution des coûts du programme de médicaments et la consommation de médicaments. Ainsi, au 1^{er} juillet 1992, 792 560 personnes âgées de plus de 65 ans sont admissibles au programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Environ 75 000 personnes âgées, soit 9.5%, sont exemptées car elles reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti. Le coût moyen d'une ordonnance est de 22,70\$ et la contribution de deux dollars représente 9% du coût total. (Martin, 1995)

Avec l'aide d'autres mesures, dont l'instauration de restrictions concernant l'usage du pilulier en juin 1992 et la négociation d'une nouvelle entente avec l'association des pharmaciens propriétaires, la contribution de 2\$ a contribué au contrôle de l'augmentation des coûts du programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Depuis 1988, le taux de croissance du programme de médicaments par la Régie de l'assurance maladie du Québec se maintient au-dessus de 16%, mais la croissance des coûts de la Régie de l'assurance maladie du Québec passe à 8.2% et 8.4% les deux premières années d'application

de la contribution de 2\$. L'étude conclut que cette mesure semble n'avoir eu qu'un effet à court terme sur le rythme de croissance de la consommation des médicaments d'ordonnance mais a permis tout de même de transférer une partie des coûts de programme aux consommateurs. (Martin, 1995, p.22)

4.7 Groupe de travail Gagnon

En mai 1994, suite aux recommandations du rapport Demers, la ministre de la Santé et des Services sociaux met sur pied un groupe de travail, présidé par Reynald Gagnon, alors sous-ministre adjoint à la Direction générale des programmes du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le groupe de travail ministériel, composé d'une dizaine de membres, est chargé d'analyser la faisabilité d'instaurer un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec. (Rapport Gagnon, 1995, p.8-9)

Le mandat du Groupe de travail est confirmé par le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, lors de son entrée en fonction suite aux élections provinciales de septembre 1994. Malgré l'élection d'un nouveau gouvernement et la prise du pouvoir par le Parti Québécois, on constate une continuité d'action dans le dossier du médicament. Le mandat du Groupe de travail ministériel Gagnon se résume en ces points :

- *Déterminer les conditions d'application du régime et ses conséquences socio-économiques;*
- *Analyser les modes de gestion possibles, en consultant les assureurs du secteur privé;*
- *Envisager la possibilité qu'un régime public soit géré par les secteurs public ou privé et ce, avec les ressources privées et publiques actuelles. (Rapport Gagnon, 1995, p.8)*

Le 17 mai 1995, le Groupe de travail Gagnon remettait au ministre de la Santé et des Services sociaux son analyse de faisabilité intitulée *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance-médicaments au Québec*. Ce rapport présente une description chiffrée de la situation quant à l'accès aux médicaments. Le tableau 4.2 présente un portrait de la

couverture des dépenses de médicaments au Québec.

Tableau 4.2 État de la protection s'appliquant aux médicaments prescrits au Québec, 1993

	NOMBRE	DÉPENSES	POURCENTAGE PAYÉ		
			INDIVIDUS	EMPLOYEURS	GOUVERNEMENT
POPULATION COUVERTE					
Secteur public					
- Prestataires de la sécurité du revenu (PSR)	720,000	184 M \$	0 %		100 %
- 65 ans et plus	810,000	537 M \$	6,3 %		93,7 %
Sous-total	1,530,000	721 M \$	5 %		95 %
Secteur privé					
- Régime collectifs privés et RASNA*		470 M \$	35 %	65 %	
- Coassurance (15% en moyenne)		80 M \$	100 %		
- Dépenses non réclamées (7%)		40 M \$	100 %		
Sous-total	4,170,000	590 M \$	48 %	52 %	
POPULATION COUVERTE TOTAL	5,700,000	1,311 M \$	24%	24%	52%
POPULATION NON COUVERTE TOTAL	1,500,000	210 M \$	100%		
POPULATION TOTALE	7,200,000	1 521 M \$	35%	20%	45%
* Les données des établissements de santé ne sont pas incluses. ** RASNA : Régime d'avantages sociaux non assurés					

Tiré du Rapport Gagnon, 1995, p.23

Présentant un aperçu chiffré de la situation, le rapport Gagnon calcule que des 7,2 millions de Québécois, 4,17 millions sont couverts par le secteur privé et 1,53 million sont couverts par le secteur public. Ainsi, il estime qu'environ 1,5 million de personnes ne sont pas couvertes par une assurance et qu'elles déboursent le total de leurs dépenses de médicaments évalués à 210 millions de dollars. Les personnes bénéficiant d'une assurance privée dépensent 48% des coûts de leurs produits pharmaceutiques. Les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées de 65 ans et plus déboursent respectivement 0% et 6,3% du total des produits pharmaceutiques consommés. La consommation annuelle de ces deux groupes assurés par la Régie de l'assurance maladie s'élève à 721 millions de dollars et représente près de la moitié de la consommation totale de médicaments.

4.8 Conclusion

Au début des années 1990, les différents programmes de médicaments du gouvernement québécois exercent de fortes pressions sur les dépenses publiques. Le ministre de la santé et des services sociaux met sur pied un comité chargé de réviser la circulaire «Malades sur pied» suite à la vive réaction qu'engendre l'abolition de ce programme. Le comité Demers dévoile une situation d'inégalité quant à l'accès aux produits pharmaceutiques dans la province et recommande d'instaurer un régime d'assurance médicaments tel que l'avaient fait quelques décennies plus tôt les commissions Hall et Castonguay-Nepveu.

Au Québec, avant la création du régime général d'assurance médicaments, l'accès aux produits pharmaceutiques est inégal. Alors que 60% de la population est couverte par un régime d'assurance privé et que 25% par des programmes publics gouvernementaux, plus de 15% des Québécois ne possède aucune assurance médicaments. Malgré l'existence de nombreux programmes de médicaments près de 1,2 million de Québécois n'ont pas accès à une assurance médicament. Certains se privent de soins médicaux ainsi que de médicaments qu'ils ne peuvent pas payer. Cette situation incite des personnes ayant un très faible revenu ou atteinte de maladies chroniques à ne pas travailler afin de pouvoir bénéficier de médicaments gratuits à travers les programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

CHAPITRE V

LA FORMULATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

5.1 Introduction

Le rapport du Groupe de travail Gagnon et celui du comité d'experts Castonguay sont les deux documents québécois qui renferment les principes clés du régime général d'assurance médicaments. Si le rapport Gagnon énonce les principes de base du régime, c'est dans celui de Castonguay que nous retrouvons la proposition de formule mixte qui le caractérise. Dans ce chapitre, nous présenterons le processus entourant la formulation du régime général d'assurance médicaments en analysant le contexte sociopolitique et identifiant les événements clés ayant influencé la formulation de ce programme. Nous présenterons également les rapports québécois ayant contribué à définir les paramètres de base du régime ainsi que l'impact de leurs recommandations.

Nous traiterons du processus de formulation suivant la mise à l'agenda politique québécois du régime général d'assurance médicaments en présentant les diverses interactions entre des facteurs tels que les décisions politiques, l'implication d'acteurs de différents secteurs d'activités, la situation du gouvernement et les orientations du parti au pouvoir. Enfin, nous analyserons également les principaux objectifs du régime général d'assurance médicaments.

5.2 Projet d'un programme d'assurance médicaments

En 1994, le principal défi du gouvernement québécois d'alors consiste à créer des emplois et combattre un taux de chômage évalué à 12.5% qui sévissait à travers la province. À l'Assemblée nationale, la gratuité des médicaments pour les personnes âgées et l'imposition d'une contribution de 2\$ sur les médicaments des personnes âgées, présentée par l'Opposition officielle péquiste comme un ticket modérateur pour contrôler la consommation de médicaments, sont les principaux aspects discutés en ce qui touche les médicaments au Québec.

La ministre libérale de la Santé et des Services sociaux, Lucienne Robillard, cite de récentes études ayant démontrée un problème de mauvaise utilisation de médicaments et de surconsommation chez les personnes âgées. Selon ces recherches, près de 15% des personnes âgées se présentent à la salle d'urgence des hôpitaux à cause de problèmes de surconsommation ou de mauvaise utilisation de médicaments. (Assemblée nationale, Cahier n°7, 20 avril 1994, pages 259-261)

C'est au printemps de 1995, lors du dépôt du rapport Gagnon, que l'on retrouve les premières mentions à l'Assemblée nationale du Québec d'un projet de création d'un programme d'assurance médicaments par le gouvernement du Parti Québécois, nouvellement élu. (Assemblée nationale, Cahier n°39, 27 avril 1995, pages 2109-2110)

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, la création d'un comité de faisabilité, présidé par Reynald Gagnon, se situe dans la foulée des recommandations du Rapport Demers qui ont été acceptées par la ministre libérale, Lucienne Robillard. Ces recommandations sont mise en œuvre par le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, dès son entrée en fonction tout en continuité avec ce qui avait été planifié par le gouvernement précédent. En avril 1995, le ministre de la Santé et des Services sociaux mentionne que le Comité Gagnon proposera des modalités de financement d'un programme d'assurance médicaments universel qui sera collectivement financé par des taxes, franchises et coassurance afin de permettre aux citoyens de consommer des médicaments selon leurs besoins ou leur capacité de payer. Prévu au plus tard au début de l'année 1996, le nouveau système d'assurance médicaments universel offrira également une meilleure protection aux personnes incapables de payer leurs médicaments grâce à des modalités de financement efficaces. (Assemblée nationale, Cahier n°39, 27 avril 1995, pages 2109-2110)

Le 27 avril 1995, le gouvernement du Parti québécois présente devant l'Assemblée nationale du Québec un projet de programme d'assurance médicaments comme un système d'assurance où chacun contribue financièrement selon ses moyens afin de consommer selon ses besoins. L'Opposition libérale qualifie ce projet de système de paiement modulé qu'il assimile à l'introduction d'un ticket modérateur. (Assemblée nationale, Cahier n°39, 27 avril 1995, pages 2109-2110)

Le ministre de la Santé et des Services Sociaux précise que, contrairement à celui d'un ticket modérateur, l'objectif d'un système de financement ne vise pas à contrôler la consommation. Le ministre de la Santé et des Services sociaux spécifie clairement que le but d'un programme d'assurance universel, est de rendre disponible les médicaments selon la capacité de payer et non d'offrir la gratuité. Ce projet sert à améliorer l'accès aux médicaments dans la province. (Assemblée nationale, Cahier n°39, 27 avril 1995, pages 2109-2110)

Le ministre de la Santé et des Services Sociaux mentionne que les modalités de financement du système pourront prendre la forme de taxes, de franchises, de coassurance. Différents scénarios sont alors possibles. Suite au rapport du comité de faisabilité ainsi que les résultats d'une consultation prévue au plus tard au début de l'année 1996, le gouvernement serait en mesure de proposer un système d'assurance médicaments avec les modalités de financement.

L'Opposition libérale attaque le gouvernement soulignant que la fermeture des hôpitaux n'a comme seul objectif de répondre aux contraintes budgétaires imposées par le ministre des Finances et à ses agences de crédit vu le contexte de difficultés de la situation financière du gouvernement. (Assemblée nationale, Cahier n°68, 21 juin 1995, pages 4557-4558)

Le 21 juin 1995, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, annonce que l'étude de faisabilité du Groupe de travail Gagnon a été complétée et que le gouvernement commencerait un processus de consultation avec tous les acteurs qui sont directement impliqués: l'industrie de l'assurance, l'industrie du médicament, le réseau de la santé et des services sociaux. Suite au processus de consultation, le gouvernement prévoit, pour l'automne 1995, le dépôt d'un projet de loi devant l'Assemblée nationale. (Assemblée nationale, Cahier n°68, 21 juin 1995, pages 4557-4558)

5.3 Impact du rapport Gagnon

C'est dans l'analyse de faisabilité du rapport Gagnon intitulé *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments* au Québec que l'on retrouve de nombreuses caractéristiques de base du régime général d'assurance médicaments. Ce rapport, transmis au ministre en mai 1995, est le résultat des recherches d'un groupe de travail ministériel composé de 10 membres provenant non seulement du ministère de la Santé et des Services sociaux mais aussi de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Conseil consultatif de pharmacologie.

Lors de l'analyse des coûts associés à l'instauration du régime, le groupe de travail Gagnon s'est principalement penché sur deux options, soit un régime avec contribution et un régime sans contribution directe des participants. Le groupe de travail a également analysé l'option d'un régime catastrophe couvrant les risques élevés. (Rapport Gagnon, 1995, p.10)

Une dizaine d'organismes appartenant aux secteurs public et privé ont transmis des informations afin de nourrir les analyses du groupe de travail Gagnon, dans le cadre de ses travaux. Mentionnons cependant que ce groupe n'a pas mené de consultation directe auprès des assureurs du secteur privé ni analysé la possibilité d'instaurer un régime universel mixte ayant des composantes privées et publiques. (Rapport Gagnon, 1995, p.91)

Le mandat du groupe de travail Gagnon comprend l'analyse de modes de gestion d'un régime mixte, mais il a choisi de ne pas tenir compte de cette option. Le comité Demers avait lui aussi jugé qu'un régime mixte pourrait avoir un équilibre instable tout en taxant lourdement la capacité de payer du citoyen et de l'État. Ce concept d'un régime mixte, possédant des volets public et privé, avait été proposé au Comité Demers par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP). (Rapport Demers, 1994, p.24)

Les principes et les objectifs de base du régime général d'assurance médicaments, qui se retrouvent dans le rapport Gagnon, visent à favoriser l'équité par rapport aux usagers et à faciliter le contrôle de l'évolution des dépenses publiques pour les médicaments tout en assurant leur meilleure utilisation possible. (Rapport Gagnon, 1995, p.35)

La principale conclusion que le ministre semble tirer du rapport Gagnon est la faisabilité d'un projet d'assurance collective permettant de rendre les médicaments accessibles selon les besoins et pas selon la capacité de payer. Le 12 décembre 1995, le ministre annonce qu'un comité présidé par Claude Castonguay avait été formé et travaillait depuis déjà quelques mois sur le dossier.

5.4 Recommandations du rapport Castonguay

En septembre 1995, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec met en place le comité d'experts chargé de se pencher sur un projet d'assurance médicaments. Ce comité, présidé par Claude Castonguay et composé de cinq autres membres, reçoit le mandat d'*«examiner les différentes options menant à une couverture équitable des médicaments et des services pharmaceutiques pour l'ensemble de la population.»* (Rapport Castonguay, 1996)

Les trois principales questions sur lesquelles se penche le Comité Castonguay peuvent se résumer ainsi :

- les modalités de financement d'un régime d'assurance médicaments;
- la gestion du programme soit publiquement ou par des ententes avec l'industrie de l'assurance ou selon une formule mixte; et
- finalement la couverture offerte par le nouveau régime. (Assemblée nationale, Cahier n°88, 12 décembre 1995, pages 5790-5798)

Le Comité d'experts sur l'assurance médicaments travaille de concert avec l'industrie de l'assurance et l'industrie pharmaceutique afin de développer, en partenariat avec le gouvernement, les paramètres du programme d'assurance médicaments.

Le ministre prévoit également de mettre sur pied une large consultation avant l'été 1996 avec la ferme intention de présenter un projet de loi entre l'automne 1996 et le début de l'année 1997. Le ministre compte également se pencher sur l'utilisation des médicaments en travaillant avec les dispensateurs de médicaments, les prescripteurs, et les consommateurs. L'Opposition libérale entrevoit déjà que ce projet de régime universel d'assurance

médicaments entraînera une hausse de taxes et d'impôts. (Assemblée nationale, Cahier n°88, 12 décembre 1995, pages 5790-5798)

C'est en mars 1996 que ce Comité d'experts sur l'assurance médicaments transmet au ministre de la Santé et des Services sociaux son rapport intitulé *L'assurance médicaments : des voies de solutions* contenant des propositions relatives à un régime de base d'assurance médicaments. Parmi les problèmes identifiés par le rapport Castonguay, nous retrouvons :

- «Le manque d'intégration des médicaments à la politique de la santé;
- L'absence de protection pour plus d'un million de Québécois;
- La croissance rapide du coût des médicaments;
- L'exclusion de certaines maladies de la circulaire Malades sur pied;
- L'iniquité inhérente aux régimes publics actuels;
- La barrière créée entre la sécurité du revenu et l'emploi;
- Le passage hâtif de soins hospitaliers aux soins ambulatoires.»

A l'instar des comités Demers et Gagnon, le groupe d'experts Castonguay admet que les réponses aux différents problèmes liés aux coûts et à l'accès aux médicaments se situent dans l'instauration d'un régime universel. (Rapport Castonguay, 1996, p.4)

Le rapport du comité d'experts Castonguay identifie comme objectif fondamental du régime d'assurance médicaments sa capacité d'assurer à tous les Québécois un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par leur état de santé dans les limites fixées par l'équilibre des finances publiques. Il vise à concilier des objectifs de politique sociale avec la dure réalité économique dans un contexte basé sur le partenariat entre le secteur public et privé. Ce rapport propose que tous les résidents de la province soient couverts par le régime d'assurance médicaments dont l'administration serait partagée entre la Régie de l'assurance maladie du Québec et les assureurs privés. De plus, cette situation engendrait peut-être une saine concurrence entre le gouvernement et les assureurs privés au niveau des coûts et de la qualité des services. (Rapport Castonguay, 1996, p.59)

5.5 Consultations parallèles

Entre janvier 1996 et septembre 1998, la Commission permanente des affaires sociales organise sept journées d'auditions publiques portant sur la consommation de médicaments et la recherche et développement dans ce secteur au Québec. Plus d'une vingtaine d'organismes se présentent, sur invitation, devant la commission afin d'offrir leurs perspectives sur cette question. On retrouve des administrateurs du réseau de la santé, des professionnels de la santé, des consommateurs ainsi que des représentants de l'industrie pharmaceutique. Le mandat que la Commission s'est donnée le 27 avril 1995 est indépendant du projet d'assurance médicament gouvernemental mis sur pied parallèlement. Il consiste à *«étudier le fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec et à faire des recommandations visant une meilleure utilisation des médicaments tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce secteur»*.

Le gouvernement a demandé au groupe de travail Gagnon d'étudier la faisabilité d'un régime d'assurance médicaments dans un contexte de partenariat privé-public. Le groupe de travail ministériel Gagnon a décidé qu'il était préférable de se concentrer uniquement sur l'analyse de la faisabilité d'un régime public. Il n'y a eu aucune consultation publique spécifique portant sur les recommandations des rapports Gagnon et Castonguay, quoique la Commission des affaires sociales ait tenu une consultation publique parallèle portant sur la consommation de médicaments au Québec et les dépenses publiques dans ce domaine.

5.6 Présentation des options

Plusieurs options ont été présentées au gouvernement québécois par le groupe de travail Gagnon et le comité d'experts Castonguay. La première provient du rapport Gagnon (voir tableau 5.1). Elle maintient un certain équilibre entre les critères d'accessibilité, de capacité de payer de l'État et des individus, de simplifier les mesures et d'en faciliter l'application ou l'administration. Elle résulte d'une analyse exhaustive des avantages et des inconvénients reliés à de nombreuses autres possibilités. Le groupe de travail Gagnon recommande un régime avec contribution individuelle sous forme de franchise, de coassurance et d'un

plafond annuel dont les paramètres sont les suivants :

- Une franchise annuelle de 50\$ par adulte et de 0\$ pour les moins de 18 ans;
- Une coassurance de 20% une fois le montant de la franchise atteint;
- Un plafond annuel de 250\$ pour les adultes et de 50\$ pour les moins de 18 ans.

Cette option, utilisant comme cadre les dépenses de médicaments au Québec qui s'élève à 1 521 millions de dollars pour l'année 1993, offre la gratuité des médicaments aux prestataires de la sécurité du revenu ainsi qu'aux personnes âgées de 65 ans et plus recevant le maximum du Supplément de revenu garanti. Les autres personnes âgées de plus de 65 ans et la population en général contribueraient pour un total de 333 millions de dollars représentant 21.9% des coûts du régime. La contribution gouvernementale, représentant 45.2% des coûts totaux, proviendrait du fond consolidé et s'élèverait à 687 millions de dollars, montant dépensé en 1993 pour les programmes de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le secteur privé étant exclu du financement de ce régime universel et public, il resterait donc 501 millions de dollars à financer provenant d'une contribution collective, un montant représentant 32.9% des coûts de médicaments au Québec (voir tableau 5.2).

Tableau 5.1 Option 1, proposée par le groupe de travail Gagnon

	Dépenses en 1993	Contribution reliée à la consommation	
		Montant	%
PSR et Maximum du Supplément de revenu garanti	237 M\$	0 M\$	0 %
Autres personnes âgées de 65 ans et plus (paient 34 M\$ actuellement)	484 M\$	97 M\$	20 %
Population en général (excluant les groupes précédents)	800 M\$	236 M\$	30 %
TOTAL	1 521 M\$	333 M\$	22 %

Tiré du Rapport Gagnon, 1995, p. 46

Tableau 5.2 Modalités de financement proposées par le rapport Gagnon

<u>Les dépenses</u> (1993) :		
-Remboursées par les programmes publics	721 M\$	
-Privées (payées par les régimes privés et les particuliers)	800 M\$	
TOTAL		1 521 M\$
<u>Le financement</u> (1993) :		
-Contribution gouvernementale provenant du fonds consolidé	687 M\$	
- Contribution reliée à la consommation	333 M\$	
TOTAL		1 020 M\$
Solde à financer au moyen d'une contribution collective		501 M\$

Tiré du Rapport Gagnon, 1995, p. 48

Dans son rapport, le Comité d'experts présente au gouvernement trois options de couverture pour un régime de base, qui offriraient dans un souci d'équité, une même couverture pour l'ensemble des Québécois. Dans chacune des propositions de régimes d'assurance médicaments, la contribution de l'assuré varie selon le montant de la franchise, de la coassurance et du plafond.

En 1996, la dépense totale de médicaments prescrits s'élève à 2,3 milliards de dollars de cette somme, 1,3 milliard est assumé par l'État québécois et 1 milliard par les particuliers et le secteur privé. On note que les coûts de programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec sont passés en 3 ans à 922 millions de dollars et représentent 47,6% des dépenses totales de médicaments. Alors que les frais encourus par les régimes privés s'élèvent à 626 millions de dollars et représentent 32,3% des dépenses totales, ceux des particuliers s'élèvent à 391 millions de dollars et représentent 20,2% des dépenses totales.

A l'instar des recommandations du groupe de travail Gagnon, le Comité Castonguay

recommande que le régime d'assurance médicaments de base ne s'applique pas aux personnes déjà couvertes par les régimes d'assurance hospitalisation, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou par un programme de médicaments du gouvernement fédéral.

Le rapport Castonguay présente les avantages et inconvénients reliés à trois principales options, soit : une assurance sociale; une assurance contre les risques élevés et une option d'assurance à mi-chemin entre les deux premiers choix. Tel que nous pouvons le constater aux tableaux 6.3, 6.4 et 6.5, les différences essentielles proviennent essentiellement de la contribution des assurés et d'une proposition de deux modes d'administration du régime.

Étant d'avis que le coût du régime doit se situer en deçà du niveau des dépenses publiques en médicaments, le comité d'experts propose trois options dont la contribution gouvernementale est nettement inférieure à celle de 1996 alors que la part des contribuables et celle du secteur privé varient à la hausse. Évaluant l'augmentation moyenne pour les cinq prochaines années du coût des médicaments à 7%, le rapport propose d'indexer régulièrement les paramètres.

La seconde option, soit le régime A, proposée se veut une assurance sociale et possède les caractéristiques suivantes :

- Franchise de 100\$ par adulte, aucune franchise pour ceux ayant moins de 18 ans; aucune franchise pour les prestataires de l'aide sociale inaptes au travail et les personnes recevant le maximum du supplément de revenu garanti;
- Coassurance de 20% par adulte; de 0% pour ceux de moins de 18 ans et 0% pour les prestataires de l'aide sociale inaptes au travail et les personnes recevant le maximum du supplément de revenu garanti;
- Plafond annuel de 1 000\$ par assuré et de 300\$ pour les prestataires de l'aide sociale aptes au travail.

Tableau 5.3 Option 2, proposée par le comité d'experts Castonguay

TABLEAU II						
ANNÉE 1996	RÉGIME A					
	Coûts assumés (M\$)					
	Situation actuelle			Nouveau régime		
	Prestataires et assurés	État	Régimes privés	Prestataires et assurés	État	Régimes privés
Personnes couvertes						
Prestataires de la sécurité du revenu	-	237	-	61	176	-
Personnes âgées de 65 ans et plus	42	630	-	187	484	-
Personnes non assurées	193	55	-	84	82	82
Personnes assurées par un régime privé	157	-	626	157	-	626
Total	391	922	626	489	742	708
1. Coût des différentes circulaires.						
2. Nous avons fait l'hypothèse que la moitié des personnes présentement non assurées choisiraient d'être assurées par les assureurs privés, et l'autre moitié par la RAMQ.						
Tiré du Rapport Castonguay, 1996, page 72						

C'est l'option proposant la franchise la moins élevée facilitant le plus le passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires. Le régime A proposé augmente la contribution des consommateurs de 5,1% et celle des régimes d'assurance de 4,2% tout en diminuant l'apport gouvernemental de 9,3% (voir tableau 5.3).

Avec ses franchises plus élevées, le troisième option (régime B) protège principalement des risques d'une dépense élevée en médicaments et n'interviendrait pas dans la grande majorité des cas puisque les dépenses moyennes en médicaments sont évaluées à 194\$ par an. Afin de couvrir les personnes âgées, les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes à faible revenu, cette option s'accompagne d'un régime complémentaire où l'État offrirait une couverture à ces clientèles.

Tableau 5.4 Option 3, proposée par le comité d'experts Castonguay

TABLEAU II						
ANNÉE 1996	RÉGIME B ET RÉGIME D'ÉTAT COMPLÉMENTAIRE					
	Coûts assumés (M\$)					
	Situation actuelle			Nouveau régime		
Personnes couvertes	Prestataires et assurés	État	Régimes privés	Prestataires et assurés	État	Régimes privés
Prestataires de la sécurité du revenu	-	237	-	87	150	-
Personnes âgées de 65 ans et plus	42	630	-	243	429	-
Personnes non assurées	193	55	-	142	79	27
Personnes assurées par un régime privé	157	-	626	157	-	626
Total	391	922	626	629	657	653
1. Coût des différentes circulaires.						
2. Nous avons fait l'hypothèse que la moitié des personnes présentement non assurées choisiraient d'être assurées par les assureurs privés, et l'autre moitié par la RAMQ.						
Tiré du Rapport Castonguay, 1996, page 78						

La troisième option proposée contre les risques élevés possède les caractéristiques suivantes :

- Franchise de 1 000\$ pour les adultes, 100\$ pour ceux ayant moins de 18 ans; aucune franchise pour les prestataires de l'aide sociale inaptes au travail et les personnes recevant le maximum du supplément de revenu garanti;
- Coassurance de 10% pour les adultes; de 0% pour les moins de 18 ans et 0% pour les prestataires de l'aide sociale inaptes au travail et les personnes recevant le maximum du supplément de revenu garanti; avec un
- Plafond annuel de 2000\$ par adulte et de 100\$ pour les moins de 18 ans.

Le régime B proposé augmente la contribution des consommateurs de 12.3% et celle des régimes privés de 1.4% alors qu'il diminue l'apport de la dépense publique de 13.7% (voir tableau 5.4).

Se situant à mi-chemin entre le régime proposé d'assurance sociale et le régime contre les risques élevés, le régime C possède les caractéristiques suivantes :

- Franchise de 500\$ par adulte, 300\$ pour les prestataires de l'aide sociale aptes au travail; aucune franchise pour les prestataires de l'aide sociale inaptes au travail et les personnes recevant le maximum du supplément de revenu garanti et les moins de 18 ans;
- Coassurance de 10% pour les adultes; de 0% pour les moins de 18 ans et 0% pour les prestataires de l'aide sociale et les personnes recevant le maximum du supplément de revenu garanti; avec un
- Plafond annuel de 1 000\$ par assuré et de 300\$ pour les prestataires de l'aide sociale aptes au travail.

Le régime C proposé est celui qui affecte le plus l'apport de l'État en le diminuant de 18,45% tout en augmentant la contribution des régimes privés de 2,7% et celle des consommateurs de 15,7% (voir tableau 5.5).

Quoique le régime C comporte de nombreux avantages, il ne favorise pas l'intégration des médicaments aux autres soins de santé ce qui ne facilite pas le passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires.

Tableau 5.5 Option 4, proposée par le comité d'experts Castonguay

TABLEAU II						
ANNÉE 1996	RÉGIME C					
	Coûts assumés (M\$)					
	Situation actuelle			Nouveau régime		
Personnes couvertes	Prestataires et assurés	État	Régimes privés	Prestataires et assurés	État	Régimes privés
Prestataires de la sécurité du revenu	-	237	-	81	156	-
Personnes âgées de 65 ans et plus	42	630	-	315	356	-
Personnes non assurées	193	55 (1)	-	143	52 (2)	52
Personnes assurées par un régime privé	157	-	626	157	-	626
Total	391	922	626	696	565	678
1. Coût des différentes circulaires.						
2. Nous avons fait l'hypothèse que la moitié des personnes présentement non assurées choisiraient d'être assurées par les assureurs privés, et l'autre moitié par la RAMQ.						
Tiré du Rapport Castonguay, 1996, page 82						

De plus, deux modes d'administration mixtes sont proposés par le comité d'experts. Premièrement, il y a le mode M1 où les personnes de 18 à 64 ans ainsi que les enfants peuvent choisir d'être assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou par un assureur privé, puis il y a le mode M2, où les personnes de 18 à 64 ans ainsi que les enfants sont obligatoirement assurés par un régime privé. Les assureurs privés doivent offrir une protection au moins égale ou supérieure à celle du régime public et ne peuvent refuser les clients ayant un risque élevé.

À la lumière de ces données, il semble que la conception et la mise en œuvre du régime universel envisagent le contrôle des coûts des médicaments d'ordonnance et leur évolution au fil des années. Ainsi, un des facteurs ayant influencé la conception de ce régime est la volonté gouvernementale de contenir l'augmentation des coûts associée aux programmes de médicaments.

5.7 Conclusion

Suite aux recommandations du rapport Demers, le gouvernement met sur pied un groupe de travail ayant le mandat d'analyser la possibilité de créer un régime d'assurance médicaments. À l'Assemblée nationale du Québec, on retrouve les premières mentions d'un projet gouvernemental d'assurance médicaments. À l'été 1995, suite au dépôt du rapport Gagnon, le ministre de la Santé et des Services sociaux promet de lancer des consultations publiques afin d'élaborer un projet de loi.

Néanmoins, quelques mois après le dépôt du rapport Gagnon, le ministre de la Santé et des Services sociaux crée un comité d'experts chargé de proposer différentes options de couverture au gouvernement. Le nouveau comité d'expert est présidé par Claude Castonguay également connu comme le père de l'assurance-maladie au Québec. Le mandat du comité d'experts est de travailler en partenariat avec le secteur privé pour élaborer des options d'un régime mixte, ayant des composantes privées et publiques. Le groupe de travail Gagnon avait également reçu un tel mandat mais choisit d'étudier uniquement l'option d'un régime entièrement public qui devait augmenter les impôts de 500 millions de dollars. Le processus de consultation annoncé et le projet de loi sont donc reportés après le dépôt du rapport Castonguay.

Afin de poursuivre l'idée initiale d'instaurer un régime avec contribution des usagers, qui avec l'expérience de l'instauration de 2\$, semblait promettre un contrôle des coûts du programme, le gouvernement du Parti québécois a modifié l'échéancier initialement établi afin de mettre sur pied un comité d'experts présidé par Claude Castonguay afin que celui-ci puisse développer un programme d'assurance médicaments qui s'autofinance et fonctionne avec une certaine contribution des usagers. Le rapport Gagnon renferme les principes à la base du fonctionnement du régime général d'assurance médicaments sauf en ce qui concerne sa caractéristique principale quant au financement privé public qui émane essentiellement du rapport Castonguay. Le projet de loi n°33, qui a créé le régime et dont nous parlerons plus amplement dans le chapitre suivant, a été plus influencé par les recommandations des rapports Gagnon et Castonguay que par les consultations publiques de la Commission des Affaires sociales.

CHAPITRE VI

L'ADOPTION DU PROJET DE LOI N°33

INSTITUANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

6.1 Introduction

Le projet de loi n°33, intitulé *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, fut adopté le 19 juin 1996 lors de la 2^{ème} session de la 35^{ème} législature de l'Assemblée nationale du Québec. Dans le présent chapitre, nous aborderons le processus législatif entrepris par le gouvernement du Québec afin de créer le régime général d'assurance médicaments.

Nous analyserons les étapes clés se situant entre la présentation du projet de loi devant l'Assemblée nationale du Québec, le 15 mai 1996 et la sanction par le lieutenant-gouverneur, le 20 juin 1996. Afin de bien comprendre le processus lié à l'adoption du projet de loi n°33, nous replacerons les événements dans leur contexte sociopolitique.

Nous commencerons par décrire le cheminement entrepris par les députés québécois pour étudier le projet de loi n°33. Nous présenterons par la suite les grandes lignes découlant des consultations publiques sur ce projet de loi.

Une analyse de la position des principaux groupes d'intérêts, ainsi que l'entrée et la sortie de la scène politique d'acteurs, les changements de positions et la formation d'alliances nous permettra d'identifier les interrelations entre les décisions politiques, l'implication des groupes de pression, le contexte dans lequel évolue le gouvernement et les orientations du parti au pouvoir sur l'adoption de ce programme social.

Finalement, nous relaterons la manière dont cette loi a été adoptée par l'Assemblée législative québécoise.

6.2 Contexte sociopolitique

Le 30 octobre 1995, sous le leadership de Jacques Parizeau, Premier ministre, un second référendum sur l'avenir du Québec a lieu. Suite à une campagne caractérisée par la controverse, la victoire est remportée par le camp du «Non» avec une faible majorité de 50,56%.

L'année 1996 commence au Québec avec un nouveau chef à la tête du gouvernement du Parti québécois. Remplaçant le premier ministre Jacques Parizeau qui avait annoncé son intention de démissionner aux lendemains du référendum, Lucien Bouchard devient, le 29 janvier 1996, président du Parti Québécois puis est assermenté Premier ministre du Québec à la tête d'un conseil des ministres renouvelé.

À la fin du mois de mars 1996 se déroule une Conférence sur le devenir social et économique du Québec réunissant les représentants de tous les secteurs d'activité. Le premier ministre Lucien Bouchard préside ce *Sommet économique*. Deux consensus au sein de la société québécoise découlent de ce *Sommet*, soit la lutte contre le chômage et l'exclusion sociale ainsi que l'objectif de réduire de 3,2 milliards de dollars à zéro le déficit de l'État québécois d'ici la fin de la décennie. Ces objectifs sont partagés par les différents groupes représentant la société dont le gouvernement, les employeurs, les syndicats... (Assemblée nationale, Cahier n°82, 25 mars 1997, pages 5576)

Lors de l'ouverture de la session parlementaire le 25 mars 1996, le gouvernement du Parti québécois siège en majorité car 75 des sièges de l'Assemblée nationale sont occupés par des députés péquistes sous le leadership du nouveau premier ministre, Lucien Bouchard. Le second référendum sur l'avenir du Québec du 30 octobre 1995, le changement de leadership à la tête du gouvernement du Parti québécois, la situation difficile dans laquelle se trouvent les finances publiques du gouvernement et la recherche de l'équilibre budgétaire caractérisent le contexte influençant les décisions politiques ayant été prises à l'époque de la formulation et de l'adoption du projet d'assurance médicaments pour tous les Québécois.

6.3 Étapes du processus d'adoption des projets de loi

Au Québec, sept étapes sont entreprises par les parlementaires lors du processus d'adoption d'un projet de loi public. Ces étapes sont les suivantes : la présentation; les consultations particulières; l'adoption du principe; l'étude détaillée en commission; la prise en considération du rapport de la commission; l'adoption et enfin la sanction.

6.4 Présentation du projet de loi n°33

Le 15 mai 1996, un mois après avoir déposé devant l'Assemblée nationale le rapport du Comité d'experts sur l'assurance médicaments, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, présente un projet de loi proposant la création d'un régime d'assurance médicaments au Québec.

Intitulé *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, le projet de loi n°33 est un projet de loi public ayant des incidences financières pour tous les résidents de la province. Deux mois plus tôt, lors de son discours d'ouverture des travaux de l'Assemblée nationale, le Premier ministre mentionnait l'arrivée d'un régime d'assurance médicaments qui compléterait le système de protection sociale du Québec. Le régime est proposé par un Comité d'experts, dirigé par Claude Castonguay également connu comme le père de l'assurance maladie au Québec.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec présente devant l'Assemblée nationale un projet de régime qui accorderait à toute la population de la province une protection de base face aux coûts des médicaments et des services pharmaceutiques. Le régime, qui est contributif, prévoit une participation financière déterminée en fonction du revenu. Obligatoire pour tous les Québécois, le projet de loi exigeait lorsque initialement présenté que toutes les personnes qui ne sont pas couvertes par le programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec soient assurées par un régime privé.

Le gouvernement est responsable de fixer par règlement les montants de la prime, de la franchise, de la coassurance, du plafond ainsi que la période de référence et les compagnies d'assurance privées doivent minimalement offrir la même couverture que la Régie de

l'assurance maladie du Québec. La liste de médicaments, qui dorénavant identifiera les produits couverts par le régime, sera périodiquement révisée par le Conseil consultatif de pharmacologie qui aura deux membres supplémentaires, un expert en pharmaco-économie ainsi qu'un représentant du ministre de la Santé.

Le projet de loi n°33 crée également un comité de revue sur l'utilisation des médicaments pour en favoriser une consommation optimale ainsi qu'un Fonds pour l'assurance médicaments dans lequel les primes prélevées par le ministère du Revenu du Québec seront versées.

L'Opposition libérale considère la couverture d'assurance médicaments comme un prétexte afin de récupérer des poches des contribuables plus de 300 millions de dollars, le gouvernement péquiste identifie l'équité et la solidarité comme les deux principales raisons liées à la présentation du projet de loi n°33. L'un des objectifs est la recherche d'équité pour 1 125 000 Québécois vivants d'un revenu modeste, travaillant à contrat ou de manière occasionnelle, ne possèdent aucune couverture pour les médicaments alors que les personnes âgées et les assistés sociaux bénéficient de la protection du régime public. Parmi les gens qui ne possèdent aucune couverture pour leurs médicaments, on retrouve également des employés de PME, des travailleurs indépendants, des personnes sans emploi ou même des personnes qui ont de la difficulté à s'assurer auprès de compagnies privées à cause de leur état de santé. Un revenu même modeste empêche d'avoir accès aux programmes s'adressant aux prestataires de la sécurité du revenu. La situation entraîne un effet pervers car un traitement médicamenteux dispendieux peut facilement devenir un incitatif à laisser un emploi peu rémunérateur pour glisser vers l'aide sociale en vue d'obtenir gratuitement les médicaments nécessaires. De plus, l'accès au programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec peut dissuader certains prestataires de l'aide sociale et de la sécurité du revenu à retourner sur le marché du travail. (Assemblée nationale, Cahier n°14, 17 mai 1996, pages 1-21)

6.5 Consultations particulières et dépôt du rapport

Des consultations particulières, représentant la deuxième étape du processus législatif, se sont

tenues les 28, 29, 30 mai et les 3, 4 et 5 juin 1996 devant la Commission des affaires sociales. Le 6 juin 1996, la Commission des affaires sociales dépose son rapport suite aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n°33.

Le ministre débute les consultations en présentant les trois principaux objectifs du gouvernement du Québec qui sont à la source de l'implantation du régime général d'assurance médicaments :

- Il s'agit d'abord de la recherche d'équité dans l'accès aux médicaments. Alors que 15% à 20% de la population du Québec ne possède pas de couverture pour les médicaments, le gouvernement cherche à offrir à la population un accès à un même régime, une même couverture et aux mêmes conditions sans tenir compte de l'âge ou de l'état de santé.
- En second lieu, on retrouve le contrôle des coûts de médicaments. La situation budgétaire dans laquelle se retrouve le Québec dans les années 90 est également déterminante car près de 15% des revenus de l'État sont destinés au paiement de la dette, d'où l'importance d'assainir les finances publiques et de contrôler les coûts des programmes tout particulièrement celui de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec dont la croissance inquiète.
- Le troisième objectif consiste à favoriser le virage ambulatoire en soutenant la continuité de l'utilisation de médicaments dans les établissements de santé ainsi que dans la communauté.

Plus d'une quarantaine d'organismes se sont présentés en commission parlementaire afin de présenter leurs perspectives devant les députés de l'opposition et du gouvernement.

De nombreuses organisations se sont présentées afin d'exprimer les intérêts des consommateurs de médicaments. Des associations telles que la Société d'arthrite, l'Association diabète Québec sont parmi celles représentant des personnes souffrant de maladies chroniques touchant respectivement près de 1 000 000 et 500 000 Québécois. Il y avait aussi certains groupes défendant les intérêts des personnes handicapées ainsi que celles atteintes du sida ou du cancer. Ces organisations se sont évertuées à témoigner de

l'importance de l'accès aux nouveaux médicaments pour contrôler les symptômes de leur maladie et pour l'amélioration de leur qualité de vie.

Plusieurs groupes ont pris la parole au nom des aînés, tels la Fédération de l'âge d'or du Québec et l'Association Québécoise pour la Défense des droits des personnes retraitées et préretraitées. Représentant les intérêts de ses 500 000 membres, la Coalition des aînées et aînés du Québec a fait remarquer que de nombreux ministères se sont acharnés sur les personnes âgées sans vérifier si le cumul des mesures était équitable pour ce segment de la population.

D'autres organisations ont parlé au nom des plus démunis de la société, dont la Fédération des associations coopératives d'économie familiale et la Coalition Solidarité Santé, qui à l'instar de plusieurs groupes, ont exprimés leur déception de n'avoir pu présenter leur point de vue devant le comité d'experts présidé par Claude Castonguay. Elles ont également souligné le fait que les groupes représentant les usagers et les mouvements sociaux n'étaient consultés qu'à la veille de l'adoption du projet de loi instaurant le régime d'assurance médicaments. La Coalition Solidarité Santé, créée en mai 1991 par treize organisations communautaires et syndicales, milite pour le maintien de la gratuité dans la santé.

Parmi les ordres professionnels, dont le mandat est de protéger le public, ayant participé aux consultations, on retrouve le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que l'Ordre des pharmaciens du Québec. L'industrie du médicament et celle de l'assurance avaient chacune plusieurs groupes représentant leurs intérêts devant la commission.

Il y avait également des représentants du réseau sociosanitaire québécois, tels que l'Association des hôpitaux du Québec et la Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec.

La Commission de la construction du Québec s'est également présentée devant le ministre de la santé et les députés afin de présenter les particularités inhérentes à l'industrie de la construction caractérisée par des emplois saisonniers et des employeurs multiples.

Finalement on retrouve les organisations protégeant les intérêts des employeurs dont le Conseil du patronat du Québec et le Regroupement d'employeurs sur la santé au Québec ainsi que des organisations syndicales représentant les intérêts des employés ou des professionnels de la santé telles le Syndicat de la fonction publique du Québec, la Coalition FTQ-CSN-CEQ, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

L'Opposition libérale ainsi que tous les groupes s'étant présentés devant la Commission des affaires sociales se disent en accord avec le principe d'un projet gouvernemental d'assurance médicaments. Tout en apportant son appui à ce projet, l'Association des hôpitaux du Québec qualifie le régime d'un atout majeur et essentiel. Le ministre de la Santé et des Services sociaux reçoit un appui quasi unanime quant au projet de développer une politique du médicament au Québec.

Le projet de loi n°33 comporte une quinzaine de pouvoirs réglementaires. Qualifiant le projet de loi de *«coquille vidée de toute décision»*, l'Opposition libérale prédit que c'est le ministre qui décidera de l'évolution du régime par règlement. Selon l'Association des hôpitaux du Québec, l'importance des pouvoirs réglementaires que se réserve le gouvernement cache certaines dimensions du régime. Certain accusent le gouvernement de manquer de transparence car il s'attribue un pouvoir réglementaire important dans le cadre de ce projet de loi.

L'Opposition officielle énonce néanmoins certaines craintes qui font écho aux préoccupations de nombreux groupes en accusant le gouvernement de vouloir implanter ce régime dans le cadre d'un exercice d'assainissement des finances publiques afin de récupérer des taxes. Selon le Livre des crédits, près de 196 millions de dollars seront versés au gouvernement à travers le nouveau programme d'assurance médicaments.

De plus, la loi de l'impôt devant également être modifiée dans le cadre de l'implantation du régime, l'Opposition libérale accuse le gouvernement de vouloir récupérer des taxes auprès des personnes âgées dont la consommation de médicaments s'élève en moyenne à 800\$ par an.

Selon l'Opposition libérale, le projet d'une assurance médicaments tel que présenté ne favorise pas l'équité car à consommation égale une personne gagnant 15 000\$ par an contribue autant qu'une personne qui bénéficie d'un revenu annuel de 100 000\$ par an.

De nombreux groupes, dont l'Association québécoise de l'épilepsie, se prononcent contre le concept de copaiement. De plus, le fait que la coassurance proposée dans le cadre du projet de loi soit plus élevée que ce qui fut proposé dans le rapport du Comité d'experts Castonguay inquiète de nombreux groupes représentant les consommateurs qui y voient une incitation à réduire la consommation de médicaments

Des craintes sont exprimées quant à l'empressement du gouvernement à implanter ce nouveau régime contributif. La Coalition des aînées et aînés du Québec s'oppose à la mise en application du projet de loi déposé pour les personnes âgées avant 1^{er} janvier 1997 tel que proposé. L'Association des hôpitaux du Québec met la Commission en garde contre une révision précipitée du panier de services assurés. Trouvant que le gouvernement va trop rapidement, l'Opposition libérale craint même d'être bâillonnée lors du vote final.

Le contexte de rapidité dans lequel le gouvernement cherche à mettre sur pied le régime ainsi que le caractère précipité des consultations publiques laissent de nombreuses organisations perplexes. Le ministre justifie l'urgence d'implanter un tel régime afin de *«réaliser les objectifs du programme pour une bonne intégration dans le virage ambulatoire»*.

Selon le ministre, puisque la majorité des Québécois consomment environ 200\$ de médicaments par an, ainsi ils n'atteindraient pas le plafond. Les prestataires de l'aide sociale dépensaient environ 400\$ par an pour leurs médicaments, ainsi dans le cadre du régime ils contribueront pour un montant de 100\$ et le régime public couvrira les deux tiers des coûts. La situation reste la même pour les personnes âgées qui consomment environ 750\$ à 800\$, car le régime public couvrira également les deux tiers des coûts.

Représentant les intérêts de ses 500 000 membres, la Coalition des aînées et aînés du Québec dénonçait le mythe de richesse des personnes âgées car seulement 15% des plus de 65 ans possédaient des revenus supérieurs à 25 000\$ par année. La coalition a expliqué à la

Commission que l'instauration de la prime, franchise et copaiement aurait un important impact sur la majorité des personnes âgées.

De nombreux groupes se disent préoccupés du fait que la contribution à l'achat de médicaments puisse devenir une barrière économique pour les clientèles à faible revenu, ce qui affecterait directement la consommation des plus démunies. L'Association coopérative d'économie familiale n'a pas caché son inquiétude face aux problèmes de liquidité que pourraient éprouver certains ménages pour obtenir des médicaments.

Déplorant le transfert de coût aux personnes âgées et aux familles à revenu modeste, la Coalition des aînées et aînés du Québec exige que les paramètres soient ajustés afin qu'ils puissent être le plus équitable possible. L'Association québécoise de l'épilepsie demande de ne pas taxer les personnes atteintes de maladies chroniques car elles consomment les médicaments par obligation. Elle approuve le paiement de prime mais pas avec le co-paiement, car des 60 000 personnes atteintes d'épilepsie au Québec, le tiers est sur l'aide sociale et le montant de 300\$ par an en médicaments représente un pourcentage élevé de leur revenu. Selon la Coalition des aînées et aînés du Québec, le co-paiement risquerait de limiter l'accès aux soins préventifs.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec trouve le niveau de contribution du citoyen équitable et raisonnable. L'Ordre des pharmaciens du Québec suggère d'implanter un suivi afin de détecter les impacts négatifs sur les clientèles à risque. Les pharmaciens sensibilisent la commission face à la surcharge de travail que vivent leurs membres et prévoient que le nouveau régime provoquera une augmentation des coûts.

Selon le Front commun des personnes assistées sociales du Québec, les abris fiscaux seraient plus responsables de la dette provinciale que les programmes sociaux. Cette organisation encourage le gouvernement à offrir un programme d'assurance médicaments beaucoup plus accessible au lieu de rechercher des partenariats avec le secteur privé.

Le caractère mixte du régime a aussi fait couler beaucoup d'encre. Le Syndicat de la fonction publique du Québec met en garde contre la complexité d'un tel régime qui pourrait

créer de la confusion chez le citoyen. Alors que le groupement provincial de l'industrie du médicament dit craindre l'impact sur l'industrie d'un projet géré par le gouvernement, les représentants des compagnies d'assurance de personne appuient le concept de couverture universelle dans le cadre d'un partenariat privé/public.

De nombreux groupes se sont prononcés en faveur d'un système plus progressif et certains étaient d'avis qu'un système public représentait la meilleure solution permettant de réduire les coûts pour les citoyens. La Coalition des aînées et aînés du Québec, perplexe devant la large part de marché laissée aux assureurs privés. Elle aurait préféré un régime entièrement public géré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Tout comme la Coalition FTQ-CSN-CEQ, elle demande que la Régie de l'assurance maladie du Québec devienne l'assureur exclusif de tous les nouveaux assurés.

Lors de leur présentation en commission parlementaire, les assureurs étaient d'avis que la participation obligatoire de tous les résidents de la province était essentielle à la survie du régime. Ils demandent au gouvernement de s'engager à combler tout déficit qui se produirait dans le fonds des régimes individuels car ils ne peuvent pas assurer un risque de sous-financement.

La majorité des groupes incluant les compagnies d'assurance et d'autres entités représentant les usagers se disent inquiets face aux paramètres du régime. Une incertitude reliée à l'incapacité de planifier l'impact des coûts des primes provoque un malaise. Néanmoins, selon les assureurs privés, si les paramètres étaient en place d'ici la fin du mois de juin 1996, les régimes privés pourraient être ajustés pour le mois de janvier 1997. Les compagnies d'assurance ont indiqué qu'elles ne faisaient pas de véritable profit avec l'assurance médicaments ne récoltant principalement que des revenus d'intérêts.

Plusieurs organisations, dont l'Ordre des pharmaciens, demandent l'abolition de la règle de 15 ans qui pourrait générer des économies annuelles de 30 millions de dollars.

La Société d'arthrite demande que les générations futures de médicaments soient incluses indépendamment de leur coût. De nombreux groupes ont indiqué l'importance que le coût

d'un médicament ne devienne pas un motif d'exclusion d'un produit n'ayant pas de substitut thérapeutique.

Les représentants de la population et les assureurs insistent pour participer aux activités du Conseil consultatif de pharmacologie qui propose au ministre les substances à être ajoutées ou retirées de la liste de médicaments assurés.

Plusieurs groupes représentant les usagers ainsi que les assureurs ont demandé à avoir un représentant au Comité de revue de l'utilisation des médicaments afin d'être impliqué dans le processus d'établissement et révision de la liste de médicaments. Certains groupes ont présenté des réserves quant à la gratuité des médicaments pour les enfants par crainte d'une médicalisation de cette population. Ainsi un parent pourrait préférer obtenir une ordonnance pour avoir un médicament gratuit grâce au programme à la place d'un médicament que l'on peut obtenir sans prescription mais qui ne serait pas gratuit.

Le Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida est venue exposer la situation de la population touchée par le VIH. Cette population, variant entre 10 000 et 12 000 individus au Québec, est âgée de 20 à 35 ans est constitué de personnes occupant des emplois précaires ou étant au chômage. En plus de souligner l'importance de l'accès rapide aux médicaments de pointe, la coalition a rappelé l'importance d'empêcher la discrimination afin que l'on ne puisse refuser d'assurer quelqu'un.

Les assureurs trouvent la création d'un fichier central essentiel. La Commission d'accès à l'information, de concert avec des représentants des usagers, souligne l'importance d'assurer la confidentialité des renseignements personnels.

Plusieurs organisations dont les groupes représentant les personnes atteintes de fibrose kystique et de diabète ont demandé au ministre de considérer l'ajout de certains appareils nécessaires à la prise de médicaments et certaines fournitures à la liste de médicaments remboursables.

Suite aux audiences publiques portant sur le projet de loi n°33, on peut se demander pourquoi la Commission des affaires sociales tenait-elle des auditions publiques parallèles sur la

consommation de médicaments les 25 janvier 1996, 5 et 6 mars 1996, les 14, 15 et 16 mai 1996 ainsi que le 29 septembre 1998.

6.6 Adoption du principe du projet de loi n° 33

C'est le 12 juin 1996, que l'adoption du principe du projet de loi n°33 a eu lieu. Suite à un débat sur la pertinence du projet de loi, 61 députés votèrent pour le principe de créer un régime d'assurance médicaments universel, 38 députés votèrent contre et on n'a observé aucune abstention.

La veille de l'adoption de principe, jugeant l'élaboration du projet de loi n°33 trop rapide, l'Opposition officielle a déposé une motion, qui vise à reporter cette étape dans 6 mois. Cette motion est rejetée.

6.7 Étude détaillée en commission

Suite à l'adoption de principe, la Commission des affaires sociales entreprends une étude détaillée du projet de loi n°33 les 13, 14 et 17 juin 1996. Les modalités d'application du projet de loi sont scrutées lors de l'étude détaillée. Chaque article est étudié dans ses moindres détails. Lors de cette étape tous les membres de la commission parlementaire peuvent proposer des modifications. À ce stade, on peut présenter des amendements, ajouter ou retrancher des articles, mais toujours en laissant intact le principe adopté au cours de l'étape précédente.

En début de session, le ministre réitère les objectifs visant à favoriser l'équité, le contrôle et le virage ambulatoire et insiste sur l'importance de mutualiser afin de partager les coûts entre tous les Québécois.

Lors de l'étude détaillée du projet de loi, l'Opposition libérale recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de reporter le projet de loi à plus tard afin qu'il fasse l'objet d'études plus sérieuses dans son application et ainsi répondre aux demandes de nombreux groupes lors des audiences publiques.

De nombreuses modifications ont été apportées suite aux audiences publiques. Parmi celles-ci on retrouve l'assurance des 1 200 000 nouveaux adhérents par la Régie de l'assurance maladie du Québec au lieu des assureurs privés. Quoique cette situation n'ait pas été analysée dans le rapport Castonguay, elle répond à la demande de plusieurs groupes dont le Front commun CEQ-CSN-FTQ ainsi que d'autres associations. Cette solution permet également de soulager l'industrie de l'assurance privée qui prévoyait une situation potentiellement déficitaire liée à l'insuffisance des paramètres.

L'Opposition se plaint du fait que la liste des médicaments assurés n'a pas encore été publiée par le gouvernement, cette liste étant nécessaire afin de permettre aux régimes collectifs de se conformer en modifiant leur couverture.

De plus, faisant écho aux groupes s'étant présentés en commission parlementaire, l'Opposition libérale souligne que les primes exigées des personnes âgées et des ménages à faible revenu sont trop élevées et qu'une telle situation peut entraîner une sous-consommation des médicaments pouvant avoir un impact négatif sur la santé de ces populations et par ricochet provoquer une sur-utilisation du réseau sociosanitaire. L'Opposition libérale dit déplorer que le régime universel de médicaments soit un régime universel de taxes.

Faute de temps, la commission n'a pas complété l'étude du projet de loi, mais un rapport du résultat des travaux faits en commission est déposé le 18 juin 1996 et pris en considération le lendemain.

6.8 Adoption du projet de loi et sanction

Avant que le débat sur la prise en considération ne débute, de nombreux amendements sont présentés par le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que par le député adéquiste de Rivière du Loup qui demande de modifier le caractère obligatoire de régime. Seuls les amendements proposés par le ministre sont acceptés.

Le projet de loi n°33 est adopté sous bâillon le 19 juin 1996 vers 05h00 du matin. Lors du vote de l'assemblée législative 48 députés ont voté pour et 20 députés contre. On n'a noté

aucune abstention.

La sanction est la dernière étape du processus législatif, lors de laquelle le lieutenant-gouverneur signe la copie officielle d'un projet de loi adopté. La *Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives* est sanctionnée le 20 juin 1996.

6.9 Conclusion

Au Québec, les années 1995 et 1996 sont marquées par la tenue d'un second référendum sur l'avenir du Québec, un changement de leadership à la tête de gouvernement et l'objectif gouvernemental d'assainir les finances publiques. Suite au dépôt du rapport du comité d'experts Castonguay, le gouvernement présente un projet de loi pour la création d'un régime d'assurance médicaments. Le projet de loi n°33, ayant des incidences financières non négligeables, a pour principal objectif d'instituer plus d'équité dans l'accès aux médicaments ainsi qu'un mécanisme de contrôle de coûts du programme provincial.

Les premières consultations publiques portant sur le projet d'assurance médicaments sont organisées. Tous les groupes, incluant l'Opposition libérale, se déclarent en faveur de l'amélioration de l'accessibilité aux médicaments. Une quarantaine d'associations se présentent en commission parlementaire et demandent au gouvernement de reporter son projet de loi de quelques mois afin de pouvoir l'améliorer. Suite aux consultations, des modifications sont apportées au projet de loi n°33, mais elles visent principalement à satisfaire l'industrie de l'assurance. Le projet de loi instituant le nouveau régime général d'assurance médicaments est adopté de nuit sous bâillon. On peut se questionner quant à l'impact des circonstances lors de l'adoption de cette politique sociale et des effets sur son évolution.

CHAPITRE VII

LA MISE EN ŒUVRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

7.1 Introduction

Depuis sa création en 1996 par l'adoption du projet de loi n°33, le régime général d'assurance médicaments a beaucoup évolué. Quoiqu'il reçoive un large appui auprès du public, le régime général d'assurance médicaments est confronté à une croissance accélérée des coûts qui menacent jusqu'à son existence. Le chapitre sept brosse le portrait des étapes-clés et présente les principaux événements ayant marqué la mise en œuvre du nouveau régime. Nous commencerons par décrire l'implantation du régime général d'assurance médicaments, puis nous présenterons les études ayant identifiés l'impact du régime sur les clientèles traditionnelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que sur les nouveaux adhérents. Nous donnerons un aperçu des enjeux soulevés lors des principales consultations publiques sur le régime et terminerons en présentant la politique du médicament du gouvernement québécois.

7.2 Implantation du régime général d'assurance médicaments

Dans cette première section, nous nous pencherons sur les principaux faits s'étant déroulés entre le 21 juin 1996 et le 19 juin 1999. La période étudiée se situe entre la sanction du projet de loi n°33 qui crée le régime à la sanction du projet de loi n°69 qui offre des médicaments gratuits aux prestataires de l'assurance-emploi souffrant de maladies chroniques ou psychiatriques. Nous présenterons les étapes de l'implantation du nouveau régime général d'assurance médicaments ainsi que les réajustements nécessaires afin d'assurer l'accès aux produits pharmaceutiques aux plus démunis.

7.2.1 Inscription des nouveaux adhérents

L'implantation du nouveau régime d'assurance médicaments, entré en vigueur le 1^{er} août 1996, s'est faite suivant le calendrier établi par le gouvernement. Au mois d'août 1996, la Régie de l'assurance maladie du Québec lançait une campagne d'inscription qui a permis

d'inclure près de 1,4 million de nouveaux adhérents au régime public d'assurance médicaments. Les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les prestataires de la sécurité du revenu et leurs enfants pouvaient automatiquement bénéficier du régime public. (Régie de l'assurance maladie du Québec, 1997)

L'instauration du nouveau programme et l'implantation d'un système de communication interactif avec les pharmaciens a coûté 19 millions de dollars au gouvernement du Québec. Le système, reliant la Régie de l'assurance maladie du Québec avec les 1 500 pharmacies de la province, a été implanté en moins de 6 mois. Il permet de valider l'admissibilité de l'utilisateur, de calculer les montants de contribution de la personne assurée par la Régie et de délivrer un reçu lors de l'achat de médicaments. Le reçu indique, entre autres, la portion assurée par la Régie de l'assurance maladie du Québec et la contribution de l'utilisateur au moment de l'achat tout en signalant les informations sur la franchise, la coassurance et le plafond mensuel.

Entre le 1^{er} août et le 31 décembre 1996, des mesures transitoires affectent les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu. Ces clientèles couvertes par le programme Services pharmaceutiques et médicaments de la Régie ont contribué financièrement lors de l'achat de leurs médicaments. Ainsi, les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu payaient 25% du coût de leurs médicaments jusqu'à un plafond fixé en fonction de leurs revenus. Ces mesures transitoires n'ont pas touché les enfants et les personnes souffrant d'une déficience fonctionnelle. (Régie de l'assurance maladie du Québec, 1997)

Les trois premiers mois d'application du régime, du 1^{er} janvier au 31 mars 1997, 256,2 millions de dollars ont été dépensés en médicaments et services pharmaceutiques par les personnes couvertes par le programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les assurés ont payé 39,6 millions de dollars en coassurance et un montant de 30,9 millions de dollars en franchise, la Régie de l'assurance maladie du Québec et le Fonds de l'assurance médicaments ont défrayé un montant de 185,7 millions de dollars représentant 72,5% du coût total.

Environ 27 000 personnes âgées ont choisi de s'inscrire auprès d'un régime privé et de ne

pas s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Au 31 mars 1997, plus de 3 millions de personnes étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec :

- 678 654 prestataires de la sécurité du revenu et leurs enfants;
- 884 753 personnes âgées de 65 ans ou plus;
- 1 017 126 adultes;
- 308 182 personnes à charge âgées de moins de 18 ans;
- 53 697 étudiants âgés de 18 à 25 ans; et
- 150 déficients fonctionnels de 18 ans et plus qui ne sont pas prestataires de la sécurité du revenu. (Régie de l'assurance maladie du Québec, 1997)

7.2.2 Premières modifications législatives

Les paramètres initialement introduits lors de l'implantation du régime général d'assurance médicaments ont engendré des difficultés financières à certaines personnes. Présenté le 6 juin 1997 devant l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le projet de loi n°142 renferme les premières modifications apportées au régime général d'assurance médicaments. Ainsi, le 1^{er} juillet 1997, la *Loi sur l'assurance-médicaments* est amendée afin de modifier la répartition en utilisant une base mensuelle et non trimestrielle pour le calcul de la franchise et la contribution maximale annuelle. La franchise était réduite à 8,33\$ par mois et le calcul des plafonds de contribution a été reporté sur une base mensuelle.

7.2.3 Rapport Tamblyn

En mai 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux confiait le mandat d'analyser la portée des nouvelles contributions financières exigées sur la consommation de médicaments des personnes âgées et des prestataires de la sécurité du revenu à une équipe de recherche indépendante travaillant sous la responsabilité du Dr Robyn Tamblyn.

L'Évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments, aussi connu sous le

nom de rapport Tamblyn, a été réalisée par une équipe de 16 chercheurs provenant de l'Université McGill, de l'Université de Montréal, de l'Université McMaster ainsi que de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Le rapport, présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, conclut que l'instauration du régime général d'assurance médicaments caractérisé par un partage des coûts a entraîné une diminution de la consommation des médicaments d'ordonnance chez un bon pourcentage de personnes âgées et de prestataires de la sécurité du revenu. Quelques semaines avant les élections provinciales du 28 novembre 1998, le quotidien La Presse publiait des extraits du rapport préliminaire de l'équipe de recherche du Dr Tamblyn. Lors de la campagne électorale, l'opposition libérale accusait le gouvernement péquiste de cacher les résultats de cette recherche, malgré un délai de confidentialité habituel de quelques mois.

Publiée en mars 1999, l'étude rapporte que les personnes ayant le plus réduit leur consommation sont également celles qui consommaient le plus de médicaments avant l'entrée en vigueur du régime général d'assurance médicaments. Ainsi, les personnes âgées, les prestataires de la sécurité du revenu et les femmes appartiennent aux trois groupes ayant le plus diminué leur consommation de médicaments.

Selon les résultats du rapport Tamblyn, le régime général d'assurance médicaments a entraîné une hausse du nombre de visites à l'urgence, de visites médicales ainsi que d'événements indésirables tels que des hospitalisations, des admissions en centre d'hébergement et des décès. Ces hausses sont attribuables à une diminution de la consommation régulière de médicaments essentiels chez les personnes âgées et chez les prestataires de la sécurité du revenu.

Le rapport évalue qu'entre juillet 1996 et mai 1997, la Régie de l'assurance maladie du Québec a réalisé entre 16 et 17 millions de dollars d'économies en dépenses de médicaments pour les 45 863 prestataires de la sécurité du revenu qui consommaient régulièrement des médicaments pour le traitement de maladies mentales chroniques. Plus du tiers de ces économies ont été financées par les prestataires. Néanmoins, l'économie a été atténuée par une hausse de la facturation des médecins à la Régie de l'assurance maladie du Québec

estimée à 300 000 \$. Les hospitalisations et les visites à l'urgence attribuables au régime ont représenté un coût additionnel au réseau sociosanitaire estimé à 4,1 millions de dollars.

Le nouveau régime général a présenté des effets partagés pour les clientèles traditionnelles de la Régie d'assurance maladie du Québec, soit les 700 000 prestataires de l'assurance-emploi et les 850 000 personnes âgées de 65 ans ou plus. D'une part, la hausse des contributions a favorisé une rationalisation de la consommation entraînant des effets bénéfiques. Suite à l'implantation du régime général d'assurance médicaments, la diminution de la consommation des médicaments moins essentiels, tels que des sédatifs-hypnotiques et des anxiolytiques, par les personnes âgées a été associée à une baisse du nombre de visites médicales de 18 120. (Rapport Tamblyn, 1999)

D'autre part, cette hausse a entraîné des effets négatifs sur la santé d'une partie des personnes qui consommaient régulièrement des médicaments essentiels, tout particulièrement pour les prestataires de la sécurité du revenu qui utilisaient des médicaments psychiatriques et chez les personnes âgées qui prenaient régulièrement des médicaments pour l'asthme, le diabète, les maladies cardiaques ou le risque d'embolie.

Le rapport Tamblyn a également souligné le fait que le nouveau régime a permis d'offrir un meilleur accès aux médicaments à des personnes qui ne pouvaient pas se les payer auparavant en raison de leurs coûts trop élevés.

7.2.4 Retour à la gratuité pour les plus démunis

Suite aux conclusions du rapport Tamblyn, des modifications ont été apportées à la *Loi sur l'assurance médicaments* à travers projet de loi n° 69. Adopté le 17 juin 1999, le projet de loi n°69 permet à certains prestataires de la sécurité du revenu ainsi qu'à leurs conjoints de bénéficier de la gratuité complète pour leurs médicaments. Depuis octobre 1999, environ 115 000 prestataires de l'assurance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi ont accès gratuitement à leurs médicaments. Ces changements visaient surtout à corriger les principaux effets négatifs entraînés par le régime en attendant l'évaluation du nouveau programme prévue vers la fin de l'année 1999.

7.3 Évaluation du régime général d'assurance médicaments

Dans cette deuxième section, nous nous pencherons sur les événements survenus entre le 20 juin 1999 et le 16 juin 2000, date où le projet de loi no 117 est sanctionné. Nous étudierons principalement le rapport ministériel d'évaluation du régime général d'assurance médicaments et les modifications législatives de 2000 ajustant les paramètres du régime à la hausse.

7.3.1 Rapport ministériel

Le 15 décembre 1999, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, Pauline Marois, rendait public un rapport intitulé *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*. Menée en vertu de l'article n°86 de la *Loi instituant le régime général d'assurance médicaments*, l'évaluation du régime décrit son impact sur les diverses clientèles tout en analysant l'efficacité des mécanismes de régulation.

L'entrée en vigueur du régime général d'assurance médicaments a permis d'accroître l'accessibilité aux médicaments dans la province de Québec. En 1999, plus de 3 millions de personnes sont assurées par le régime public qui offre une couverture à 850,000 personnes âgées, 700,000 prestataires de l'assurance-emploi et près de 1,5 millions de personnes incluant 300,000 enfants.

Les composantes publiques et privées du régime général d'assurance médicaments fonctionnent bien. Satisfaits des mécanismes en place, les assureurs privés respectent les obligations créées par la loi et collaborent au bon fonctionnement du régime.

Les nouveaux adhérents qui ne bénéficiaient d'aucune couverture avant l'implantation du régime général ont maintenant accès à des médicaments essentiels qu'ils n'auraient pu se payer autrement. De plus, grâce au plafond annuel établi à 750\$, les Québécois jouissent d'une protection contre le risque financier associé à la maladie et à la prise de médicaments coûteux. Avant l'implantation de ce système, les régimes privés ne possédaient aucune limite de coût après laquelle les médicaments étaient gratuits et les personnes non assurées devaient payer la totalité des dépenses pour leurs médicaments.

Alors que le rapport Tamblyn démontre une baisse de la consommation de médicaments reliée à l'instauration d'une contribution plus élevée, le document ministériel suggère plutôt un impact positif du régime général sur la santé des nouvelles clientèles assurées. La consommation de services médicaux, les visites à l'urgence et même l'hospitalisation ont diminué chez les adhérents consommant de grandes quantités de médicaments.

Une croissance rapide des coûts des médicaments représente l'un des principaux risques qui menacent la viabilité du régime. Depuis 1997, dans la partie publique du régime, les dépenses totales des médicaments ont augmenté au rythme de 15% par année pour l'ensemble des clientèles passant de 1,1 milliard \$ en 1997 à 1,5 milliard en 1999.

Ce rythme de croissance est comparable à celui qui est observé dans les régimes privés, dans les autres provinces canadiennes ainsi qu'aux États-Unis. Parmi les facteurs responsables de la croissance des coûts, nous retrouvons l'utilisation de nouveaux médicaments; l'augmentation du nombre d'ordonnances reliée au virage ambulatoire; le vieillissement de la population; les attentes plus grandes des patients ainsi que la vive concurrence au sein de l'industrie pharmaceutique.

Les prévisions de déficit du Fonds de l'Assurance médicaments sont préoccupantes. Un déficit accumulé de 79 millions de dollars est prévu au 31 mars 2000 et un déficit cumulatif de 189 millions de dollars est projeté pour le 31 mars 2001.

Le rapport mentionne des écarts importants entre l'utilisation optimale et l'usage observé des médicaments, ainsi des problèmes d'utilisations observés ont trait à la prescription et à la délivrance inappropriée de médicaments ainsi qu'au manque de suivi de la thérapie.

Afin d'assurer le bon fonctionnement et la viabilité à long terme du régime général d'assurance médicaments, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait, au début de l'année 2000, un rapport intitulé *Les pistes de révisions du régime général d'assurance médicaments*. En vue d'une consultation en Commission parlementaire, ce document renferme des propositions de mesures visant à contrôler la croissance des coûts des médicaments, diverses pistes afin de financer le régime et des avenues de solutions aux

différents problèmes de fonctionnement du régime.

7.3.2 Commission des affaires sociales

Lors des consultations de la Commission des affaires sociales au printemps 2000, la proposition d'implanter un régime public et universel d'assurance médicaments a reçu un très large appui. Selon les régies régionales de la santé, un seul régime devrait gérer l'assurance médicaments pour que l'universalité soit garantie, les cotisations soient plus faibles, la gratuité soit assurée pour les personnes âgées et les plus démunies. La Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec affirme de son côté que le régime d'assurance médicaments mixte ne serait pas viable à long terme et devrait être remplacé par un régime entièrement public et universel.

La Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec recommande au gouvernement de préparer pour des consultations publiques, une politique du médicament qui comprendrait les orientations gouvernementales sur tous les sujets qui touchent de près ou de loin les médicaments. Cette politique du médicament traiterait du régime à mettre en place; de l'encadrement législatif fédéral; du contrôle du coût des médicaments; du rôle du coût des médicaments; du rôle des organismes conseils et des mesures à prendre à l'égard de l'industrie, des professionnels et des patients.

La Fédération de l'âge d'or du Québec affirme que le ministère de la Santé et des Services sociaux cherche avant tout à combler le déficit du régime d'assurance médicaments en confiant aux assurés les efforts pour y parvenir. La Fédération de l'âge d'or du Québec rappelle que les diverses mesures fiscales imposées au cours des dernières années ont sensiblement réduit le revenu disponible des personnes âgées et que l'introduction du régime public d'assurance médicaments en 1996 a contribué à resserrer davantage le budget des aînés. La Fédération de l'âge d'or du Québec soutient que toute augmentation des primes leur est néfaste.

Alors que la Fédération de l'âge d'or du Québec suggère l'imposition de mesures limitant le recours aux médicaments les plus coûteux, l'Association canadienne des fabricants de

produits pharmaceutiques représentant les fabricants de médicaments génériques soutient que le gouvernement du Québec pourrait économiser près de 25 millions par année en ne remboursant que le coût du médicament équivalent le moins cher, plutôt que le médicament breveté d'origine. L'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques demande au gouvernement d'abolir la règle de 15 ans qui favorise les médicaments brevetés plus coûteux.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec admet que des solutions soient trouvées pour faire face à l'escalade des coûts du régime. Elle désapprouve néanmoins toute hausse significative de la contribution des usagers pouvant avoir des conséquences négatives sur la santé des patients les plus démunis. La Fédération des médecins spécialistes du Québec n'entérine pas un système où un choix rigide et limité de médicaments serait contraignant pour le médecin traitant.

L'Association des hôpitaux du Québec affirme que le régime médicamenteux permet maintenant à chaque résident du Québec de profiter d'une couverture universelle. Elle estime toutefois que certains aspects du régime créent une pression financière additionnelle importante sur les hôpitaux tout en entraînant des effets pervers sur l'utilisation des médicaments. L'Association des hôpitaux du Québec recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux à éviter toute hausse importante de la contribution personnelle de façon à préserver l'équité d'accès aux médicaments et à reconsidérer les médicaments comme un instrument servant à améliorer la santé.

La Coalition pour l'assurance médicaments et la Coalition des médecins pour la justice sociale demandent au gouvernement péquiste de s'attaquer à la source du problème qui se résume, à leur avis, au rôle des compagnies pharmaceutiques dans la détermination du coût des médicaments.

7.3.3 Modifications législatives de 2000

Le 11 mai 2000, le projet de loi n°117 modifiant la *Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives* était déposé devant l'Assemblée nationale à Québec. Ce

projet de loi permet de rétablir l'équilibre financier du régime d'assurance médicaments en augmentant la prime maximale versée de 175\$ à 350\$ par personne. Il est bon de noter que les bénéficiaires du programme d'assistance emploi et les personnes seules ayant un revenu inférieur à 10 860 \$ n'ont aucune prime à payer. Les enfants, les étudiants de 18 à 25 ans ainsi que les prestataires d'assistance emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi bénéficient toujours de la gratuité complète. Le gouvernement péquiste se targue d'épargner les personnes ayant un plus faible revenu car près de 45% des adhérents du régime public et 53% des personnes âgées ne paieront aucune prime ou paieront la même qu'actuellement.

Faisant suite au large appui à la proposition d'instaurer un régime public, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Pauline Marois, annonce en mai 2000 la constitution d'un comité qui aurait le mandat *«d'étudier la faisabilité et la pertinence d'instituer un seul régime d'assurance médicaments, public et universel»*.

7.4 Remise en question de la mixité du régime

Lors de la Commission parlementaire du printemps 2000, de nombreux groupes remettent en question le caractère mixte du régime. Dans la troisième section, nous résumerons les principales recommandations du comité Montmarquette et présenterons d'autres faits ayant marqué le régime d'assurance médicaments entre le 17 juin 2000 et le 13 juin 2002, date où le projet de loi n°98 créant le Conseil du médicaments est adoptée.

7.4.1 Rapport du Comité Montmarquette

Le rapport du Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments est rendu public le 12 décembre 2001. Mis sur pied en février 2001 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Rémy Trudel, le Comité avait pour mandat d'analyser la faisabilité et les conséquences de transformer le régime général actuel en un régime universel public.

Présidé par Claude Montmarquette, économiste et professeur au Département des sciences économiques de l'Université de Montréal, le Comité se compose de huit experts provenant de différents secteurs. Suite à l'analyse du système d'assurance médicaments, le comité

Montmarquette recommande le maintien de la formule actuelle du régime caractérisé par ses composantes privée et publique ainsi que l'adhésion obligatoire et la participation financière de l'assuré. Compte tenu des avantages financiers du régime privé sur les ressources publiques, le comité Montmarquette rejette l'hypothèse d'instaurer un régime universel public d'assurance médicaments. Le comité recommande également que le financement du régime soit plus transparent et plus équitable, que les échanges entre la Régie d'assurance maladie et le ministère du Revenu soient facilités afin de favoriser l'équité, qu'un contrôle de la liste des médicaments couverts soit exercé, qu'un meilleur suivi de l'utilisation des médicaments soit effectué et qu'un partenariat profitable avec d'autres provinces soit mis en place.

Le rapport Montmarquette reçoit un accueil assez mitigé de la part des acteurs du secteur de la santé qui lui reprochent notamment de rejeter l'option d'un système universel sans même en avoir étudié à fond l'éventualité.

L'Association pour la santé publique du Québec, la Coalition pour l'assurance médicaments, l'Association des retraitées et des retraités de l'enseignement du Québec et la Coalition solidarité santé se sont exprimées publiquement sur les recommandations du rapport. Ces groupes sont en faveur d'un régime universel géré entièrement par l'État afin d'en contrôler les coûts et d'instaurer un système socialement plus équitable.

Selon la Coalition pour l'assurance médicaments et la Coalition solidarité santé, les recommandations du rapport Montmarquette avantagent les compagnies pharmaceutiques et les compagnies d'assurances car au lieu de proposer la gratuité des médicaments pour les personnes à faible revenu, le rapport recommande plutôt une augmentation de la coassurance de 25% à 40%. L'une des solutions que ces deux groupes proposent à l'égard des compagnies pharmaceutiques est une politique permettant de contrôler les coûts croissants des médicaments et d'améliorer la pratique en matière de prescription.

Le 19 mars 2002, la Vice-première ministre et ministre d'État à l'Économie et aux Finances, Pauline Marois, présentait devant l'Assemblée nationale du Québec l'*Énoncé complémentaire au Discours sur le Budget 2002-2003* mettant ainsi à jour les principales

données économiques et financières contenant également les orientations gouvernementales.

Dans son discours, la Vice-première ministre et ministre d'État à l'Économie et aux Finances présente le régime général d'assurance médicaments comme un acquis social qu'il est important de préserver puisqu'il garantit l'accès aux médicaments à l'ensemble des citoyens et constituait un maillon essentiel de la protection sociale dont bénéficiait la population. Elle insiste sur l'exigence de chercher des moyens qui permettraient de faire face à la croissance des coûts. La ministre annonce également que le ministre de la Santé et des Services sociaux déposerait prochainement un document qui proposerait des solutions pour assurer la pérennité du régime.

Selon le budget des dépenses du gouvernement du Québec pour l'année 2002-2003 par le président du Conseil du trésor, les crédits du secteur de la santé et des Services sociaux augmentent de 736 millions de dollars. Le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, François Legault, prévoit que 550 millions de dollars seront dépensés au bénéfice du réseau sociosanitaire et plus de 175 millions qui iront directement à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ainsi pour l'année 2002-2003, le financement de la Régie de l'assurance maladie du Québec augmente-t-il de 175 millions de dollars. Ce montant correspond aux 169 millions de dollars qui ont servi à couvrir le déficit de régime général d'assurance médicaments en 2001-2002.

7.4.2 Recommandations de la Commission Clair

La Commission Clair qui s'est penchée sur l'organisation et le financement du système de santé québécois signale dans son rapport paru en janvier 2001 que les médicaments constituaient l'un des principaux facteurs de croissance des dépenses en santé. Elle a aussi recommandé au gouvernement de se doter *«d'un mécanisme pouvant entre autres évaluer constamment les nouveaux médicaments; d'un plan de contrôle et d'évaluation des facteurs de croissance tels que le coût des médicaments; d'une politique de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur afin d'accélérer les investissements dans le secteur de l'optimisation de l'utilisation des médicaments.»* (Rapport Clair, 2001)

Dans son *Rapport devant l'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001* qui fut déposé en décembre 2001, le Vérificateur général du Québec recommande à la Régie de l'assurance maladie d'appliquer des mécanismes de contrôle supplémentaires au régime général d'assurance médicaments.

Le phénomène du vieillissement de la population se manifeste de façon plus marquée au Québec qu'ailleurs au Canada. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, la province verra sa population de personnes âgées doubler (passant de 12% à 24%) sur une période de 30 ans alors que ce délai est de 44 ans pour le reste du Canada et de 60 ans pour les États-Unis. Or, on attribue l'augmentation des coûts du système d'assurance médicaments, qui pourraient doubler d'ici cinq ans, au prix des médicaments ainsi qu'au vieillissement de la population.

Pour se préparer au problème du vieillissement, la nouvelle politique du gouvernement provincial s'appuie sur l'une des recommandations du rapport Clair soit la mise sur pied de réseaux de services intégrés. Ceux-ci permettront d'améliorer l'accès aux soins médicaux ou sociaux dont les personnes âgées ont besoin et de favoriser les activités de promotion et de prévention. Toutefois, la politique ne précise pas l'approche privilégiée concernant les produits pharmaceutiques.

Face à une augmentation constante des coûts de l'assurance médicaments, un consensus semble se dégager tant dans le rapport de la Commission Clair que celui du Vérificateur général à l'effet que des organismes recommandent d'instaurer un contrôle des coûts des médicaments donc des activités de l'industrie pharmaceutique. Toutefois, cette éventualité n'a pas donné lieu à une recommandation du rapport Montmarquette, ni à un examen approfondi de la part du gouvernement du Québec, ceux-ci visant plutôt le contrôle de la consommation des médicaments par les personnes assurées. Soulignons qu'au Québec, l'industrie pharmaceutique est prospère et bénéficie de certains avantages de la part du gouvernement dont des subventions et la prolongation de brevets pharmaceutiques sur une période de 20 ans.

7.4.3 Commission parlementaire sur le projet de loi n°98

Le 8 mai 2002, lors de la 2^{ième} session de la 36^{ième} législature, le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, François Legault, dépose à l'Assemblée nationale le projet de loi n°98 afin d'apporter certaines modifications au régime d'assurance médicaments.

En prévision d'une commission parlementaire sur le sujet, le ministère présente un document intitulé *L'assurance-médicaments : un acquis social à préserver*. Ce document résume les propositions gouvernementales pour assurer la pérennité du régime, dans un contexte de hausse rapide des coûts des médicaments.

Du 27 au 30 mai 2002, la Commission des affaires sociales tient une commission parlementaire sur le projet de loi n°98 modifiant le régime d'assurance médicaments du Québec. Au cours de ces trois jours, une vingtaine d'organismes intéressés au devenir du régime d'assurance médicaments du Québec défilent devant le ministre d'État à la Santé et aux services sociaux ainsi que les députés faisant partie de la Commission des affaires sociales.

Le régime général d'assurance médicaments comprend deux principaux volets : 4,2 millions de personnes sont couvertes par des régimes privés collectifs et 3,2 millions de personnes sont assurées par le régime public. Depuis sa création en 1997, le régime général d'assurance médicaments a connu une croissance moyenne de 16,6% du coût des médicaments. La hausse de la consommation représente environ 70% de l'augmentation des coûts des médicaments et le coût par ordonnance représente les 30% restants.

Si aucun changement n'était apporté au régime, on peut prévoir que les coûts des médicaments devraient poursuivre leur croissance avec un taux annuel moyen de 15,7%. La hausse rapide du coût des médicaments fragilise la situation financière du régime qui exerce une forte pression sur les finances publiques. Dans un tableau du document intitulé *L'assurance-médicaments : un acquis social à préserver*, on retrouve une projection de l'année 2002-2003 selon laquelle le régime public nécessiterait des investissements de 1,632 milliard de dollars. Avec une reconduction des crédits de 2001-2002 s'élevant à

1,242 milliard de dollars et la reconduction en 2002-2003 de crédits supplémentaires de 145 millions de dollars, les besoins non comblés du régime s'élèvent à 275 millions de dollars.

Le gouvernement propose de financer ce besoin de 275 millions de dollars par :

- La récupération de 35 millions de dollars en primes impayées;
- Le partenariat avec l'industrie pharmaceutique entraînant des économies de 90 millions de dollars;
- La participation financière accrue des assurés de 76 millions de dollars;
- L'injection d'une somme supplémentaire de 74 millions de dollars par le gouvernement.

7.4.3.1 Faits saillants des consultations

Lors des remarques préliminaires, le ministre a présenté le régime général d'assurance médicaments comme un acquis social important pour les québécois. Il a ajouté que le gouvernement serait prêt à tout mettre en œuvre pour le préserver. Rappelant les hausses des primes depuis les dernières années ainsi que les déficits récurrents, les Libéraux présentent le régime comme étant improvisé et mal géré par le gouvernement du Parti québécois.

Lors des audiences publiques sur le projet de loi n°98, tous les groupes semblaient unanimes, le régime d'assurance médicaments, qui a été décrit comme une pièce maîtresse du régime d'assurance maladie québécois est un acquis social à préserver. Toutes les organisations sont en accord avec l'idée qu'il ne fallait pas pénaliser les personnes à faible revenu. Pour atteindre cet objectif, certains ont réclamé l'instauration d'un régime public, universel et gratuit pour tous, alors que d'autres ont déclaré que la force du régime résidait dans sa nature mixte. Le projet de loi n°98 semble plutôt favorable aux yeux de la majorité des organismes, néanmoins la Coalition pour l'assurance médicaments a déclaré qu'il ne répondait pas à leurs priorités.

À cause de son caractère mixte, la Coalition pour l'assurance médicaments qualifie le régime général d'assurance médicaments de système à deux vitesses imposant un fardeau trop

important aux démunis. Citant les conclusions de rapport Tamblyn de 1998, de nombreux organismes, dont la Coalition Solidarité Santé, la Coalition pour l'assurance médicaments, la Coalition des médecins pour la justice sociale et la Fédération des infirmières du Québec ont réclamé la mise sur pied d'un régime universel et public d'assurance médicaments. Les organismes représentant les jeunes, tels que Force Jeunesse, proposent de moduler la prime selon l'âge et le risque réel.

La croissance des coûts du régime public et son financement provoquent l'inquiétude de tous. L'Association des hôpitaux du Québec a profité de l'occasion pour établir un lien entre la croissance rapide des coûts et la performance des hôpitaux. De nombreux organismes, tels que l'Ordre des pharmaciens du Québec, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association des pharmaciens d'établissement de santé du Québec, la Coalition Solidarité Santé, la Coalition pour l'assurance médicaments et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires proposent le développement d'une politique du médicament pour contrer la hausse des coûts. Une politique d'achat au plus bas prix, des mesures de contrôle de l'industrie pharmaceutique, des mesures visant à améliorer les pratiques des médecins en matière de prescription ont été également proposées.

De nombreux groupes, dont la Fédération des travailleurs du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont identifié la complexité du régime général d'assurance médicaments comme un irritant majeur. L'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires ont même proposé d'abolir la franchise pour simplifier l'administration du système afin d'aider les citoyens.

Un investissement de 35 millions de dollars est proposé afin d'améliorer la perception des primes d'assurance médicaments. Pour le Conseil du patronat et l'Association des compagnies d'assurances de personnes, il faut s'assurer que toutes les primes du régime public soient effectivement perçues. La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec a néanmoins indiqué qu'avec la complexité du régime, il ne fallait pas chercher nécessairement des fraudeurs.

Un investissement de 90 millions de dollars est suggéré par le gouvernement afin d'établir un

partenariat avec l'industrie pharmaceutique. La majorité des organismes se sont montrés favorables à la création d'un Conseil du médicament; l'Ordre des pharmaciens a proposé une représentation paritaire entre les pharmaciens et les médecins. Selon la Coalition des médecins pour la justice sociale, une meilleure formation des médecins et une meilleure information à la population contribueraient à améliorer le suivi de l'utilisation des médicaments. Les Fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes et les Compagnies de recherche pharmaceutiques du Canada ont attiré l'attention du gouvernement afin de ne pas transformer le Conseil du médicament en un organisme de contrôle et d'enquête. Un tel dérapage laisserait croire que le gouvernement contrôle la prescription des médecins.

La création d'un Fonds pour l'utilisation optimale des médicaments auquel contribuerait l'industrie pharmaceutique qui financerait entre autres la formation de professionnels de la santé a provoqué quelques réticences de la part des professionnels de la santé. Le Collège des médecins a rappelé que le Conseil d'éducation continue du Québec avait pour mandat d'offrir de la formation adéquate aux médecins et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec a mentionné l'existence d'une situation de conflit d'intérêt. De nombreux organismes ont proposé d'établir un code d'éthique avec l'industrie pharmaceutique permettant de baliser la formation des professionnels de la santé.

Quant au projet pilote sur la mention de l'intention thérapeutique, les organisations représentant les médecins s'opposent au fait que le Conseil du médicament puisse obtenir des informations sur la pratique d'un médecin et mentionnent que ce sont les ordres professionnels qui ont le mandat de contrôler l'exercice de leurs membres. Les Compagnies de recherche pharmaceutiques du Canada proposent un partenariat pour améliorer la communication entre les médecins et les pharmaciens. La majorité des organismes semblent en accord avec la modification des critères de décisions pour l'industrie des médicaments, les médecins semblent préoccupés par un rallongement de la liste des médicaments d'exceptions augmentant leur charge de travail.

Le projet de loi n°98 propose de conclure des ententes de partenariat avec les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. Cette année-là, 14,4 millions de dollars seront investis dans un plan d'action principalement financé par l'industrie. Les membres de coalition ou

d'organisations syndicales semblent inquiets devant la volonté du gouvernement de conclure de telles ententes. Selon les compagnies de recherche pharmaceutiques du Canada, le plan d'action assure les conditions de pérennité du régime. Ils ajoutent que l'alliance entre l'industrie et le gouvernement sera le fruit de plusieurs années de discussions et énumèrent des conditions de succès dont un solide partenariat entre le ministère, le Conseil du médicament, les professionnels de la santé et de l'industrie ainsi que l'importance de l'adhésion des professionnels de la santé.

Une hausse de la participation financière des assurés est proposée pour un montant total de 76 millions de dollars. Avec toutes les mesures visant à une utilisation optimale du médicament, le gouvernement pense que la croissance des coûts pourrait être limitée à 9,6%. La franchise mensuelle passera de 8,33\$ à 9,13\$, la coassurance augmentera de 25% à 27,45%, le plafond de contribution se modifie à la hausse à 384\$, la prime maximale sera établie à 425\$. Ces hausses, qui entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2002, procureront un rendement annuel de 76 millions de dollars. Selon le ministre Legault, cette majoration de 9,6% représente en moyenne une augmentation de 3\$ à 4\$ par mois. Néanmoins de nombreux groupes estiment que les personnes ayant un faible revenu seront fortement pénalisées par ces hausses.

Le projet de loi n°98 propose une indexation annuelle des paramètres des contribuables. Pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des compagnies d'assurance de personnes et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, l'indexation annuelle des paramètres et des primes semble être une action logique et responsable. Mais la Centrale des syndicats du Québec exige le retrait de cette section du projet de loi. Selon la Coalition pour l'assurance médicaments qui s'oppose à cette mesure, le gouvernement assure un transfert du fardeau envers les citoyens sans débat public. La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec prévoit que l'augmentation annuelle des primes, des franchises, des coassurances et des plafonds par règlements aura des répercussions sur la santé des personnes défavorisées.

Le gouvernement propose d'investir un montant supplémentaire de 74 millions de dollars. Alors que de nombreux groupes semblent prôner un régime entièrement public, la Fédération

des médecins omnipraticiens du Québec mentionne lors de la présentation de son rapport qu'une augmentation des primes des adhérents semblait inévitable et félicite le gouvernement de sa contribution supplémentaire.

D'autres solutions sont proposées en Commission parlementaire. Ainsi de nombreux groupes sont d'avis que des outils d'aide à la décision clinique, tels que l'avertisseur thérapeutique, l'informatisation des cabinets médicaux, le dossier patient informatisé partageable et la Carte Accès Santé à microprocesseur permettraient de mieux contrôler les coûts.

Parmi les organismes prônant l'usage des technologies de l'information, on retrouvait le Collège des médecins, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Conseil du patronat, l'Association des compagnies d'assurance de personnes, l'Association des hôpitaux du Québec.

Afin d'assurer la viabilité à long terme du régime, le Collège des médecins et la Coalition Solidarité Santé ont proposé d'interpeller le gouvernement fédéral afin qu'il puisse hausser le financement du secteur de la santé. De son côté, le Conseil du Patronat pense qu'il serait temps d'effectuer une réforme en profondeur du système de santé en modifiant le mode de rémunération des médecins et en installant un système de capitation. La Coalition des médecins pour la justice sociale et la Fédération des travailleurs du Québec proposent d'instaurer une politique de prévention en santé au Québec.

Un resserrement des règles régissant les médicaments et une révision de la politique industrielle à l'égard de l'industrie pharmaceutique et des lois régissant les brevets tant au niveau provincial que fédéral ont été réclamés par plusieurs groupes dont la Fédération des travailleurs du Québec, la Coalition de médecins pour la justice sociale, le Centrale des syndicats du Québec et la Fédération de l'âge d'or du Québec. De nombreux groupes estiment que les pharmaciens sont sous-utilisés. L'Association des pharmaciens d'établissements de santé du Québec propose d'intégrer les pharmaciens dans les nouveaux Groupes de médecins de famille et d'installer une ligne téléphonique Info-médicament pour la population.

7.4.4 Création du Conseil du médicament

Le projet de loi n° 98, qui est adopté le 12 juin 2002 avec 50 votes pour et 28 votes contre et aucune abstention, reçoit la sanction royale le 13 juin 2002. Modifiant à la hausse les paramètres du régime, le projet de loi n° 98 crée également le Conseil du médicament afin d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est assuré par le régime général d'assurance médicaments et de favoriser l'utilisation optimale des médicaments.

Le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, François Legault, déclare le 8 mai 2005 que *«la création du Conseil du médicament était très attendue de la part des principaux acteurs du domaine de la santé et elle devrait s'avérer déterminante pour gérer plus efficacement les médicaments au Québec.»* Assumant les responsabilités du Conseil consultatif de pharmacologie, du Comité de revue de l'utilisation des médicaments et du Réseau de revue d'utilisation des médicaments, le Conseil du médicament consolide l'expertise afin de mieux utiliser les ressources. De plus, le projet de loi n°98 permet au ministre de la Santé et des Services sociaux de conclure des ententes avec les fabricants de médicaments afin de financer des activités permettant d'améliorer l'utilisation des médicaments.

7.5 Élaboration d'une politique québécoise du médicament

Dans cette section, nous présenterons les étapes entreprises par le gouvernement afin de développer une politique québécoise du médicament. Nous étudierons la période s'étalant entre le 14 juin 2002 et le 13 décembre 2005, date de la sanction du projet n°130.

7.5.1 Ajustement des paramètres du régime d'assurance médicaments

Le 11 juin 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, annonce les modifications aux paramètres du régime d'assurance médicaments. Ainsi, le 1^{er} juillet 2003, les primes du régime augmentent de 9% pour les deux tiers des adhérents. Ainsi la prime maximale des 383 315 personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti partiel et des 457 634 personnes âgées qui ne reçoivent pas le supplément de revenu garanti a

augmenté de 422\$ à 460\$ par an et la franchise mensuelle passera de 9,13\$ à 9,60\$ et la coassurance de 27,4% à 28%. Aucun changement n'a été formulé dans la situation des étudiants âgés de moins de 25 ans, des personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti maximal et des prestataires de l'aide sociale. Cette hausse des coûts, qui visent à recueillir 62 millions de dollars et assurer ainsi l'équilibre financier du régime d'assurance médicaments, ne coïncide pas avec les engagements électoraux du Parti libéral du Québec qui promettait d'accorder la gratuité des médicaments aux personnes âgées recevant le plein supplément de revenu garanti et aux prestataires de l'assurance-emploi. Le Parti libéral du Québec avait été porté au pouvoir trois ans plus tôt avec un programme électoral qui contenait de nombreuses promesses budgétaires dont une réduction des impôts des particuliers de 1 milliard de dollars par année et des réinvestissements majeurs en santé et en éducation.

7.5.2 Symposium sur l'utilisation optimale du médicament

Les 20 et 21 mai 2004, un symposium sur l'utilisation optimale du médicament est organisé en collaboration avec le Conseil du médicament, la Régie de l'assurance maladie et le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cet événement a permis de tenir un débat public sur l'accessibilité, le prix et l'utilisation optimale des médicaments dans le but de guider le gouvernement pour la rédaction de la politique du médicament. Les objectifs de la politique du médicament définis avant la tenue du symposium visent à rendre les médicaments accessibles. Ils visent également à déterminer le prix des médicaments, tout en encourageant une utilisation optimale de ces produits et assurent le dynamisme de l'industrie pharmaceutique dans la province.

Plus de 300 personnes ont participé au symposium, représentant ainsi les nombreux secteurs d'activités impliqués dans ce dossier. En plus de représentants de la population en général, on y retrouvait des membres du réseau de la santé et des services sociaux, des médecins, pharmaciens, grossistes, fabricants ainsi que des assureurs. En plus des consultations du symposium, le gouvernement prend en considération les tendances démographiques, l'évolution de la demande de médicament, de la recherche dans le domaine pharmaceutique, de l'organisation des soins de santé et de la pression exercée sur les finances publiques afin

d'élaborer une politique du médicament pour le Québec. Outre les experts québécois, des experts provenant du reste du Canada ainsi que de plusieurs pays ont présenté des conférences lors de cet événement.

Trois grandes conclusions se sont dégagées du symposium sur l'utilisation des médicaments. Bien sensibiliser la population, s'assurer de la formation des professionnels et renforcer le travail interdisciplinaire entre médecins, infirmières et pharmaciens sont trois conditions essentielles à une utilisation optimale des médicaments. Une bonne utilisation des médicaments influence la qualité des soins de santé tout en permettant de générer des économies substantielles de nature à contribuer à la viabilité du régime général d'assurance médicaments.

7.5.3 Campagne d'information sur le bon usage du médicament

Le 16 septembre 2004, une importante campagne de sensibilisation est mise sur pied afin de sensibiliser la population sur l'utilisation judicieuse des produits pharmaceutiques. Cette campagne d'information visant à développer des attitudes plus responsables au sein de la population est menée avec la collaboration des professionnels de la santé représentés par l'Ordre des pharmaciens, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, de l'Association des pharmaciens des établissements de santé, ainsi que des différentes bannières et chaînes du secteur de la pharmacie.

Quelques mois après le symposium, en décembre 2004, le ministre de la Santé et des services sociaux rend public pour fin de consultation un projet de politique du médicament. La Commission des affaires sociales reçoit plus de 80 mémoires dont une soixantaine ont été présentés entre le 20 avril et le 1^{er} septembre 2005 afin de consolider leur point de vue dans le cadre de la consultation sur le projet de politique du médicament.

7.5.4 Projet de politique du médicament

En décembre 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, présente un projet de politique de médicament. Il se compose de 34 propositions ministérielles portant sur 4 principaux piliers de la politique soit l'accessibilité aux

médicaments, leur prix, leur utilisation optimale ainsi que le maintien d'une industrie pharmaceutique du Québec, l'un des moteurs économiques du développement de la province. Le projet loi n°33 instituant le régime général d'assurance médicaments prévoyait déjà l'adoption d'une telle politique. Selon le ministre de la Santé et des Services sociaux, le projet de politique du médicament tient compte d'une multitude de facteurs incluant les consensus dégagés lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament.

Suite au dépôt de politique du médicament, une large consultation est entreprise entre le 29 avril et le 1^{er} septembre 2005. Plus de 80 mémoires sont déposés lors de la consultation générale et une soixantaine de groupes ont été entendus par la Commission des affaires sociales. Lors de la consultation sur la politique des médicaments, de nombreuses associations renouvellent leur attachement au régime général d'assurance médicaments.

7.5.5 Modifications législatives

Deux ans après le début de la première session de la 37^{ième} législature, le 10 novembre 2005, le gouvernement du Parti Libéral présentait par l'entremise de son ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, le projet de loi n° 130, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives*. Présenté devant l'Assemblée nationale, ce projet de loi est l'un des éléments législatifs faisant suite au symposium sur l'utilisation optimale du médicament.

Suite à l'adoption de principe du projet de loi n° 130, la Commission des affaires sociales a entrepris une étude détaillée de ce projet de loi le 30 novembre et le 1^{er} décembre 2005. Aucune intervention particulière ne s'est tenue sur le sujet puisque des consultations avaient eu lieu auprès de la population et des acteurs intéressés lors du dépôt de la politique sur les médicaments et que le projet de loi ne diffère pas substantiellement du projet initial de politique du médicament.

Le projet de loi n°130 prévoit, entre autres, la création d'une table de concertation du médicament ayant pour mandat de favoriser l'usage optimal des produits pharmaceutiques. Cette Table relève du Conseil du médicament et est formée de représentants des principaux

acteurs du secteur soit les ordres et les associations professionnels, l'industrie pharmaceutique, les établissements de santé, les assureurs, les milieux universitaires, ainsi que des représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux et Régie de l'assurance maladie du Québec et du public.

L'opposition officielle péquiste approuve les objectifs d'accessibilité et de juste prix que propose la politique du médicament du gouvernement libéral. Néanmoins, elle demande à celui-ci de respecter son engagement électoral d'exempter les plus démunis de toute contribution. Dans son programme politique électoral sur la santé intitulé *Partenaires pour la santé*, les libéraux promettaient de rétablir la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de la sécurité du revenu et pour les aînés recevant le supplément revenu.

Suite à son congrès général, le Parti libéral du Québec adoptait en septembre 2002 son plan d'action intitulé *Un gouvernement au service des Québécois, ensemble réinventons le Québec* dans lequel il propose de donner des soins de santé de qualité en tout temps dans le secteur de la santé partout au Québec.

Lors de la campagne électorale de 2003, le Parti libéral du Québec promet à la population québécoise de réduire les listes d'attente, de désengorger les urgences, de donner des soins de qualité en tout temps partout au Québec et de réorganiser le travail tout en haussant le financement dans le secteur de la santé.

Réitérant ses objectifs en santé dans son document intitulé *Partenaires pour la santé, donner des soins de santé et des services sociaux en tout temps au Québec* paru en février 2003, le Parti libéral du Québec promet de stabiliser le régime d'assurance médicaments. Il s'engage ainsi à mettre en œuvre une politique du médicament afin de contenir les prix et de favoriser une meilleure utilisation des médicaments tout en protégeant les usagers ayant de faibles revenus ainsi que les personnes âgées.

Ces promesses électorales étaient faites dans un contexte où l'Institut canadien d'information sur la santé publiait en mai 2003 un rapport qui concluait que les dépenses totales en médicaments avaient augmenté partout à travers le Canada. L'Institut canadien

d'information sur la santé constate que c'est au Québec que l'on observait la croissance la plus rapide conjuguée avec les dépenses les plus élevées.

Évaluant cette promesse électorale à 166 millions de dollars, l'Opposition péquiste reproche au gouvernement de n'investir que 74 millions de dollars. Elle n'a pas caché son désarroi de constater que le projet de loi n°130 n'ait pas fait l'objet d'une consultation en commission parlementaire même s'il inspire des recommandations faites quelques mois plus tôt sur la politique du médicament. Adopté le 8 décembre 2005, le projet de loi n°130 est sanctionné le 13 décembre 2005.

Dans le projet de loi n°130, des mesures sont proposées afin d'améliorer l'accessibilité aux médicaments, entre autres modifier plus fréquemment la liste des médicaments gratuits aux personnes âgées qui reçoivent la prestation moyenne de revenus garantis. La politique propose également des mécanismes afin d'encadrer les prix des médicaments.

L'utilisation optimale des médicaments demeure un objectif prioritaire et des mesures sont proposées afin de maintenir un équilibre entre les politiques de santé et celles du développement économique qui favorisent une industrie pharmaceutique québécoise dynamique.

L'objectif de la politique est d'établir un équilibre entre les besoins de la population, la capacité de payer de l'état et des citoyens, le maintien d'une industrie pharmaceutique active et la protection des clientèles vulnérables. Force est de constater que tenir compte de la capacité limitée de payer de l'État et des citoyens semble être une préoccupation récurrente qui se retrouve dans tous les documents gouvernementaux traitant de la question des médicaments.

7.6 Conclusion

Le régime général d'assurance médicaments québécois a connu de nombreux changements visant à améliorer son fonctionnement et assurer sa viabilité. Depuis 1997, le régime public géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec offre une couverture à plus de 3 millions de Québécois. De plus, les régimes privés offrent tous une protection de base équivalente à

celle de la Régie.

Dès 1997, des modifications législatives répartissent sur une base mensuelle et non trimestrielle le calcul de la franchise et de la contribution maximale afin de réduire les barrières économiques à l'achat de médicaments. Quoique le nouveau régime ait des effets positifs sur les 1,5 millions de nouveaux assurés grâce à un meilleur accès aux médicaments, on constate une augmentation d'événements indésirables reliés à la diminution de la consommation de médicaments chez les personnes âgées et les prestataires de l'assurance-emploi.

Le nouveau régime permet à la Régie de l'assurance maladie d'enregistrer des gains, néanmoins le programme public connaît rapidement une croissance annuelle supérieure à 15% qui menace la viabilité du régime. En 2000, la première augmentation des paramètres est adoucie par la mise en place d'un groupe de travail chargé d'analyser la possibilité d'instaurer un régime d'assurance médicaments totalement public. Le groupe de travail rejette l'option d'un régime public et en 2002, des modifications législatives instaurent une indexation annuelle des paramètres.

Le contrôle de coûts du régime et la gratuité des médicaments font parti des enjeux sociosanitaires lors des élections provinciales de 2003. Le nouveau gouvernement du Parti Libéral propose et adopte une politique québécoise du médicament longtemps attendue.

CONCLUSION

Dans un contexte socio-économique difficile, caractérisé par des restrictions budgétaires et une augmentation de la demande de soins de santé liée au vieillissement de la population, le gouvernement du Québec implante le régime général d'assurance médicaments. Depuis le 1^{er} janvier 1997, ce régime garantit une protection de base en matière de médicaments pour toute la population de la province. Les Québécois sont assurés soit par un régime privé d'assurance collective, soit par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Au début des années 1990, alors que les différents programmes de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec exercent de fortes pressions sur les dépenses publiques, les travaux du Comité Demers dévoilent un accès inégal aux produits pharmaceutiques. Ainsi près de 60% de la population est couverte par un régime d'assurance privé, environ 25% des Québécois par des programmes publics de la Régie et plus de 15% de la population ne possède aucune assurance pour l'achat des médicaments.

Tel que l'avaient fait quelques décennies plus tôt les commissions Hall et Castonguay-Nepveu, le comité Demers recommande l'instauration d'un régime d'assurance médicaments. Le régime général d'assurance médicaments est un exemple de solidarité sociale et de mutualisation des risques qui améliore l'accès aux médicaments d'ordonnance. Ce régime complète le système de protection sociale composé également de l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation. Mais quoique l'accès accru aux médicaments soit un acquis social majeur, c'est la recherche du contrôle des coûts des programmes de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui est à l'origine de cette politique sociale.

La formulation de cette politique sociale s'est concrétisée dans un contexte caractérisé par une croissance rapide des dépenses publiques en santé tout particulièrement celles des médicaments. Les considérations financières se trouvent depuis le commencement au cœur des choix du gouvernement en termes de nature du régime et du choix d'un partenariat avec le secteur privé. Ce régime qui devait principalement favoriser l'équité dans l'accès aux médicaments et soutenir le virage ambulatoire avait également pour but de générer des

économies pour le gouvernement grâce à la contribution des consommateurs de médicaments.

Le gouvernement a créé une enveloppe fermée dont il peut décrire facilement les facteurs de croissance. Ainsi, même si les dépenses du régime ont connu une croissance extraordinaire, on ne peut parler de mauvaise gestion de l'appareil public puisque les principaux facteurs de croissance identifiés sont la croissance du prix des médicaments et l'augmentation de la consommation directement reliée au vieillissement de la population québécoise.

Le gouvernement du Québec, représenté par son ministère de la Santé et des Services sociaux, est certainement l'acteur qui influence principalement l'évolution du régime général d'assurance médicaments. Ainsi aucun groupe d'intérêt particulier ne contrôle à lui seul le chemin que suit l'évolution du régime. L'idée d'un régime mixte, résultant d'un partenariat public et privé, avait été proposée au Comité Demers par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Mais selon le comité Demers et le groupe de travail Gagnon, un régime mixte est trop compliqué à gérer. Ne voulant pas augmenter la charge fiscale déjà élevée des québécois ni assumer un programme de médicaments dont les coûts seraient sans cesse croissants, l'État choisit de poursuivre son plan de régime contributif en partenariat avec le secteur de l'assurance privée. *«En effet, il faut le rappeler, le Québec se classe déjà parmi les États ayant le fardeau fiscal le plus lourd du continent nord-américain. Toute hausse supplémentaire du fardeau fiscal risquerait alors d'accroître le risque de fraudes fiscales et de réduire l'incitation au travail et à l'investissement.»* (Montmarquette, 2001, p.40) Le gouvernement ne pouvant créer de taxes supplémentaires, il institue un régime très complexe où les primes annuelles prélevées sont presque invisibles. Ainsi la population supporte une nouvelle taxe sans en voir les effets directs sur son portefeuille.

C'est le rapport Gagnon qui renferme les principes à la base du fonctionnement du régime général d'assurance médicaments, néanmoins les principes liés au financement privé public qui émane essentiellement du rapport Castonguay. Lorsque le rapport Gagnon dévie de son mandat et propose un régime totalement public, un nouveau comité est créé afin de développer les paramètres d'un programme d'assurance médicaments avec l'industrie de l'assurance et l'industrie pharmaceutique.

Le rapport Castonguay analyse des options où les nouveaux adhérents sont couverts par les régimes collectifs privés, mais devant un malaise de la part des compagnies d'assurance face aux paramètres et certains aspects du régime, le gouvernement décide d'accorder l'assurance des nouveaux assurés à la Régie de l'assurance maladie.

Cette solution avait été proposée par la Coalition des aînées et aînés du Québec et la Coalition FTQ-CSN-CEQ lors des audiences publiques sur le projet de loi n°33. Le gouvernement semble rechercher le contrôle de la croissance des coûts du programme de médicaments que lui a déjà laissé entrevoir la contribution de 2\$ qui fut imposée aux personnes âgées dans les années 90.

On note que le gouvernement du Québec ne participe pas à certaines initiatives fédérale-provinciales incluant aux activités du Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Ainsi, l'arrivée d'un gouvernement du Parti Libéral ne semble pas avoir substantiellement modifié les positions traditionnelles du Québec dans le cadre de ses relations avec les autres gouvernements au Canada. De plus, il est intéressant de constater que les changements que subit le régime général d'assurance médicaments sont incrémentiels et ne s'éloignent pas trop de la vision initiale. Le régime général d'assurance médicaments suit des étapes qui semblent préétablies vers une Politique du médicament au Québec.

L'étude du Dr Tamblyn présente les nombreux effets pervers sur la santé des prestataires de l'assistance-emploi et des personnes âgées reliés la baisse de consommation de médicaments essentiels pour leur santé. L'achat de médicaments se fait souvent dans un contexte caractérisé par l'asymétrie d'information. Les personnes âgées et les prestataires de l'assistance-emploi sont souvent des populations peu scolarisées et vulnérables. Ils ne réalisent pas toujours l'impact que peut avoir sur leur santé le fait de ne pas respecter à la lettre l'ordonnance médicale relative aux médicaments. Ces clientèles affichent une sensibilité aux prix à laquelle il faudrait faire très attention lors de l'augmentation des paramètres de contribution.

Ainsi, la demande de médicaments ne varie plus seulement en fonction des besoins mais se

voit affectée par la capacité de payer des individus. Nous savons que le mécanisme des prix sert principalement à véhiculer l'information permettant au consommateur de faire des choix lors d'achats. Le médicament est un bien inélastique qui ne possède presque pas de substitut. Mais les médicaments ne sont pas des biens comme les autres et sont essentiels au maintien d'une bonne santé. Il protège, guérit ou améliore la qualité de vie en contrôlant les symptômes de la maladie. Les ménages à faible revenu ne devraient pas être confrontés à des choix lors de l'achat et de la prise de médicaments d'ordonnance.

Le rapport Tamblyn identifie l'existence d'un dilemme sur la consommation de médicaments. Ainsi l'assurance médicaments qui a amélioré l'accès aux médicaments de plus d'un million de Québécois a également engendré une diminution de la consommation des clientèles vulnérables qui consommaient trop de médicaments en raison de leur gratuité avant l'instauration du régime. Le gouvernement du Québec devrait mettre à jour cette étude afin d'évaluer si le régime général d'assurance médicaments assure réellement le bien-être de la population. Reste à vérifier, grâce aux nouvelles mesures de la Politique du médicament, si les Québécois consomment les produits pharmaceutiques nécessaires à leur santé sans aucune barrière financière.

GLOSSAIRE

Carnet de réclamation.

Le carnet de réclamation est un document permettant d'obtenir : certains médicaments prescrits par un médecin (moyennant, dans certains cas, le paiement d'une franchise et d'une coassurance); certains services, comme les examens de la vue et les soins dentaires. Le carnet de réclamation est remis aux prestataires de l'assistance-emploi. Toutefois, il peut également être délivré, à certaines conditions, à un adulte ou à une famille à qui le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ne verse pas de prestations d'assistance-emploi.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné reçoit des subventions gouvernementales et respecte les normes en vigueur dans le secteur public. Un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non conventionné est indépendant du secteur public : il ne reçoit aucune subvention gouvernementale.

Coassurance.

La coassurance est le pourcentage (ou la portion) du coût des médicaments qu'une personne assurée doit verser une fois la franchise payée. Autrement dit, lorsque le coût des médicaments dépasse celui de la franchise, la personne paie seulement une portion de l'excédent. C'est cette portion qu'on appelle la coassurance. Dans le cas du régime public, le pourcentage de la coassurance est ajusté le 1^{er} juillet de chaque année.

Conjoint.

On considère comme conjoints deux personnes (de sexe opposé ou de même sexe) : mariées ou unies civilement; qui font vie commune depuis 12 mois (toute rupture de moins de 90 jours n'interrompt pas la période de 12 mois); qui font vie commune (peu importe la durée de l'union) et qui ont un enfant ensemble (biologique ou adoptif).

Contraintes sévères à l'emploi.

Certains prestataires de l'assistance-emploi reçoivent une allocation qui s'ajoute à la prestation de base parce qu'ils ont démontré (rapport médical à l'appui) que leur état physique ou mental est affecté significativement de façon permanente ou pour une durée indéfinie. C'est ce qu'on appelle l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi.

Contribution annuelle maximale.

La contribution annuelle maximale est le montant maximal que peut être appelée à payer par année toute personne assurée (par un régime privé ou le régime public) pour obtenir des médicaments couverts. Ce montant comprend la franchise et la coassurance. Une fois ce montant atteint, le régime assume tous les frais pour les médicaments couverts jusqu'à la fin de l'année.

Contribution mensuelle maximale.

La contribution mensuelle maximale concerne uniquement le régime public d'assurance médicaments. En effet, dans le régime public, la contribution annuelle maximale est divisée en contributions mensuelles maximales. La contribution mensuelle maximale est le montant

maximal qu'une personne assurée par le régime public peut être appelée à payer par mois pour obtenir des médicaments couverts. Ce montant comprend la franchise mensuelle et la coassurance. Une fois ce montant atteint, le régime public assume tous les frais pour les médicaments couverts jusqu'à la fin du mois.

Contribution payée à ce jour (sur le reçu de pharmacie).

Le reçu de pharmacie d'une personne couverte par le régime public présente certaines informations à propos de ses achats de médicaments du mois. On y trouve notamment l'expression contribution payée à ce jour. La contribution payée à ce jour correspond au montant total (cumulatif) qu'une personne assurée par le régime public a déboursé depuis le début du mois pour obtenir des médicaments couverts. À chaque début de mois, ce montant retombe à 0 \$. Puis, la contribution payée à ce jour ne peut jamais dépasser la contribution mensuelle maximale.

Couverture de base.

En matière d'assurance médicaments, la couverture de base est la protection minimale que doit avoir chaque citoyen québécois. Il s'agit en fait d'une assurance qui couvre l'ensemble des médicaments inscrits dans la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Celle-ci comporte plus de 4500 médicaments disponibles sur ordonnance. Le régime public offre une couverture de base à ses assurés. Quant aux régimes privés, ils sont obligés d'offrir au moins ce genre de couverture ; ils peuvent toutefois offrir une couverture plus large.

Couverture complémentaire.

En matière d'assurance médicaments, la couverture complémentaire est offerte par certains régimes privés aux personnes de 65 ans et plus. Cette protection ne remplace pas la couverture de base, mais peut la compléter en couvrant, par exemple, les médicaments non couverts ou encore la partie de la facture non payée par l'assurance de base. L'assureur privé qui offre une couverture complémentaire agit en fait à titre de deuxième payeur pour les médicaments. Les personnes qui bénéficient uniquement d'une couverture privée complémentaire doivent aussi être couvertes par le régime public pour ce qui est de la couverture de base. Par conséquent, ces personnes doivent payer la prime du régime public.

Date prévue de renouvellement (sur le reçu de pharmacie).

Le reçu de pharmacie d'une personne couverte par le régime public présente certaines informations à propos de ses achats de médicaments du mois. On y trouve notamment l'expression date prévue de renouvellement. La date prévue de renouvellement est la date à laquelle une personne devrait théoriquement renouveler son ordonnance. On la détermine à partir de la date d'achat d'un médicament et de la durée du traitement. Par exemple, pour une ordonnance de 30 jours exécutée le 1^{er} septembre, la date prévue de renouvellement serait le 1^{er} octobre (c'est-à-dire la 31^e journée après le 1^{er} septembre).

Enfant.

Un enfant est une personne âgée : de moins de 18 ans; de 18 à 25 ans (inclusivement) qui étudie à temps plein, qui est sans conjoint et qui est domicilié chez ses parents. Lorsqu'un enfant étudie à temps plein, n'a pas de conjoint et est domicilié chez ses parents au moment

où il atteint l'âge de 18 ans, ses parents doivent demander à leur assureur privé ou à la Régie de prolonger sa couverture à titre d'enfant.

Franchise.

La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments couverts. Dans le cas du régime public, la franchise est mensuelle. En règle générale, elle est entièrement payée lorsqu'une personne assurée fait exécuter sa première ordonnance du mois. Le montant de la franchise est ajusté le 1^{er} juillet de chaque année. Dans le cas des régimes privés, la franchise est généralement annuelle. Certains régimes n'exigent aucune franchise.

Montant résiduel (sur le reçu de pharmacie).

Le reçu de pharmacie d'une personne couverte par le régime public présente certaines informations à propos de ses achats de médicaments du mois. On y trouve notamment l'expression montant résiduel. Le montant résiduel est le montant qu'une personne assurée par le régime public pourrait être appelée à payer à l'achat de médicaments couverts avant d'atteindre sa contribution maximale mensuelle.

Preneur de contrats.

Un preneur de contrats est l'intermédiaire qui représente un groupe de personnes dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance. Il peut s'agir d'un employeur, d'une association ou d'un ordre professionnels, d'un syndicat ou encore d'un groupe d'employés.

Prime.

La prime est le montant que doit payer une personne à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou à son assureur privé pour bénéficier d'une couverture d'assurance médicaments. Dans le cas du régime public, les personnes assurées doivent payer leur prime en même temps que leurs impôts (lors de la production de leur déclaration de revenus). Le montant à verser est établi en fonction du revenu familial net de la personne. Le montant maximal de la prime est ajusté le 1^{er} juillet de chaque année. Dans le cas des régimes privés offerts dans le cadre de l'emploi, l'employeur doit prélever le montant de la prime sur la rémunération versée à tous ses employés admissibles, à moins que ceux-ci lui prouvent qu'ils sont couverts par un autre régime privé.

Régime public.

Le régime public d'assurance médicaments est celui administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il vise les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurance collective couvrant les médicaments, les personnes de 65 ans ou plus ainsi que les prestataires de l'assistance-emploi et les autres détenteurs d'un carnet de réclamation. Les enfants des personnes inscrites au régime public sont aussi couverts par ce régime.

Régime privé.

Les régimes privés d'assurance médicaments prennent habituellement la forme d'assurance collective ou de régimes d'avantages sociaux. On peut y avoir accès dans le cadre de son emploi ou de sa profession (association ou ordre professionnels) ou encore par l'intermédiaire de son conjoint ou de ses parents. Lorsqu'une personne est admissible à un tel régime, elle est obligée d'y adhérer.

SRG (Supplément de revenu garanti).

Le Supplément de revenu garanti (SRG) est un montant qui s'ajoute à la pension de la Sécurité de la vieillesse (SV) et qui est versé en même temps que celle-ci à certaines personnes de 65 ans ou plus. Une personne peut recevoir le montant maximal du SRG (100 %), en recevoir seulement une partie ou encore ne recevoir aucun SRG (0 %). Le montant accordé dépend de ses revenus. La Régie est informée de la situation des personnes par le gouvernement fédéral. Selon le montant de SRG qui lui est accordé, une personne de 65 ans ou plus se situe dans l'une ou l'autre des catégories suivantes d'assurés au régime public : aucun SRG, SRG partiel, SRG presque maximal ou SRG maximal. Selon le cas, sa contribution à l'achat de médicaments et le montant de sa prime varient.

BIBLIOGRAPHIE

ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES

MONOGRAPHIES

Anderson, J.E. 1979. *Public Policy-Making*. 2nd Ed. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Bardach, E. 2000. *A Practical Guide for Policy Analysis*. New York : Chatham House.

Brooks, S. 1989. *Public Policy in Canada : An Introduction*. Toronto : McClelland and Stewart.

Doern, B.G. & R.W. Phidd. 1992. *Canadian Public Policy: Ideas, Structure, Process*. 2nd Ed. Toronto : Nelson.

Dobuzinski, L., M. Howlett & D. Laycock. 1996. *Policy Studies in Canada : The State of the Art*. Toronto : University of Toronto Press.

Greffe, X. 1997. *Économie des politiques publiques*. 2^{ième} édition. Paris : Dalloz.

Howlett, M. et M. Ramesh. 1995. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Toronto : Oxford University Press.

Muller, P. et Y. Surel. 1998. *L'analyse des politiques publiques*. Paris : Montchrestien.

Meny, Y., P.Muller et J.L. Quermonne. 1995. *Politiques publiques en Europe*. Paris, L'Harmattan.

Meny, Y., et J.C.Thœnig. 1989. *Politiques publiques*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lacasse, F. 1995. *Mythes, savoirs et décisions politiques*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lacasse, F. et J.C. Thœnig. 1996. *L'action publique*. Paris : L'Harmattan.

Lemieux, V. 1995. *L'étude des politiques publiques*. 2^{ième} édition. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.

Sabatier, P.A. 1999. *Theories of the Policy Process*. Boulder : Westview Press.

ACTES DE COLLOQUE

L'Historicité de l'Action publique : Colloque organisé par le CURAPP et le GSPM.
Université de Picardie, Amiens, France, 12 et 13 octobre 2000.

PÉRIODIQUES

Deleon, P. 1994. «Reinventing the Policy Sciences: Three Steps Back to the Future». *Policy sciences*, n°27, p. 77-95.

Imbeau, L.M. et al. 2000. «Comparative Provincial Policy Analysis : A Research Agenda». *Revue canadienne de science politique*, vol. 33, n°4 (décembre), p. 779-804.

Muller, P. et al. 1996. «Forum». *Revue française de science politique*, vol. 46, n°1 (février).

Sabatier, P.A. et E. Schlager. 2000. «Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines». *Revue française de science politique*, vol. 50, n°2 (avril), p. 209-234.

Skogstad, G. 2000. «Globalization and Public Policy : Situating Canadian Analyses». *Revue canadienne de science politique*, vol. 33, n°4 (décembre), p. 805-828.

Thœnig, J.C. 1998. «Politiques publiques et action publique». *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. 5, n°2, p. 295-314.

SYSTÈME DE SANTÉ ET ASSURANCE MÉDICAMENTS

MONOGRAPHIES

Beaulieu, M. et al. 1999. *La réforme de la santé au Québec*. Sous la direction de Pierre Fortin. Québec : Édition Fides.

Bégin, C. et al. 1999. *Le système de santé au Québec : Un modèle en transformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Blomqvist, A. et J. Xu. 2001. *L'assurance-médicaments au Canada : enjeux et options*. Série de documents de travail sur les politiques de santé. Ottawa : Santé Canada.

Crête, J. et al. 1994. *Politiques provinciales comparées*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.

Crossley, T.F. et al. 2003. *National catastrophic drug insurance revisited : Who would benefit from Senator Kirby's recommendations*. Hamilton, Ontario. Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population, McMaster University.

- Gagné, M. 2005. *Le droit des médicaments*. Cowansville, Québec : Éditions Y. Blais.
- Gauthier, Anne. 1993. *Essai sur les objectifs du programme de médicaments et de services pharmaceutiques*. Québec : Direction générale de l'évaluation et du contrôle, Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Gravel, C., Dube, S. et L. Lamothe. 2000. *La place du médicament dans le système de santé : le cadre réglementaire québécois*. Québec : Direction de la recherche, Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval.
- Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger. 1994. *Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger. 2003. *Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Martin, P. 1995. *La contribution de deux dollars : un an et deux ans après : portrait évolutif du programme de médicaments pour les personnes âgées*. Québec : Direction générale de l'évaluation et du contrôle, Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Michaud, A. 2005. *Avis sur l'utilisation optimale des médicaments par les aînés*. Présenté à madame Carole Thériault, ministre responsable de la condition des Aînés et à monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux : Québec : Conseil des aînés.
- Miller-Chenier, N. 2004. *Les aînés canadiens et l'accès aux médicaments défrayés par l'État*. Ottawa. Service d'information et de recherche parlementaires. Bibliothèque du Parlement.
- Poirier, M. et al. 1998. *À qui profite le démantèlement de l'État ?* Montréal : Caire d'études socio-économiques de l'UQAM.
- Rheault, Sylvie. [1998]. *La gestion des coûts des médicaments au Québec : évaluation des interventions gouvernementales québécoises et canadiennes : document de support*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Tremblay, M. 1998. *Les politiques publiques canadiennes*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.

ACTES DE COLLOQUE

- Graham, K. 1998. *Conférence sur les approches nationales de l'assurance-médicaments*. Ottawa : Santé Canada.
- Dufort, F. et A-L. Saives. 2006. *Le médicament : conception, production et consommation : perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun*. 1^{er} congrès international

interdisciplinaire sur la Chaîne du Médicament (30 août – 2 septembre 2005) Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales. Montréal.

PÉRIODIQUES

Aslam, H. 2004. « National Pharmacare : A Dog's Tale ». Ottawa : *Canadian Medical Association Journal*. vol.171, n°6, (sept) p. 565-566.

Blair, L. 2002. « Bonanza for drug companies. Quebec's public drug plan pays for biotechnology boom ». *Canadian Family Physician*, vol. 48 (avril) p. 831, 833, 836-838.

Blais, L. et al. 2001. « Impact of a cost-sharing drug insurance plan on drug utilization among older people ». *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n°4 (avril), p. 410-414.

Blais, L. et al. 2003. « Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance ». *Health Policy Amsterdam, Netherlands Health Policy*, vol. 64, n°2, (mai), p. 163-172.

Boudreau, C. 2003. « La dialectique de la surveillance et le nouveau régime d'assurance - médicaments au Québec ». *Administration Publique du Canada*, vol. 46, n°2, (été), p. 202-217.

Desjardins, Y. 1997. « L'universalité du régime d'assurance-médicaments public : Réelle ou fictive pour les populations dites vulnérables? ». Québec. *Bulletin de santé publique, Santé publique et société*.

Desrosiers, G. 1996. « L'assurance-médicaments un projet de loi improvisé ». *L'Infirmière du Québec*, vol. 3, n°6, (juillet-août), p. 5-6.

Diotte, R. 2000. « Projets de lois controverses [au Québec] : l'un est adopté, l'autre pas ». *Le Bel âge*, 14, n°1, octobre, p. 87-88.

Garnier, C., Lévy, J. et A-L. Saives. 2006. « La politique du médicament et les discours générés ». *Éthique publique*. Vol. 8, n°2, (novembre)

Kondro, W. & B. Sibbald. 2005. « Patient Demand and Politics Push Herceptin Forward ». Ottawa: *Canadian Medical Association Journal*. vol.173, n°4, (août) p. 347-348.

Martin, M. 1996a. « Quebec considering universal drug insurance ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n°8, (avril), p. 1264.

Martin, M. 1996b. « Quebec employers user-pay philosophy in launching drug-insurance plan ». *Canadian Medical Association Journal*, vol 155, n°11, (décembre), p. 1604-1605.

Michaud A. 2006. « Pour une politique du médicament adaptée aux aînés du Québec ». Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales. *Bulletin du Bien-Vieillir*. vol.12, n°3, octobre, p. 13.

Pilote, L. et al. 2002. « The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients ». *Canadian Medical Association Journal*, vol.167, n°3, (août), p. 246-252.

Poirier, S. et al.. 1997-1998. « The effect of a \$2 co-payment on prescription refill rates of Quebec elderly and its relationship to socio-economic status ». *Canadian Pharmaceutical Journal*, vol.130, n°10, (décembre-janvier) p.30-34.

Sibbald, B. 2004. « Waiting Lists Not Pharmacare Main Issue: Feds ». Ottawa: *Canadian Medical Association Journal*. vol.171, n°6, (sept) p. 559.

Thatcher, C. 2000. « Quebec drug plan: by and large it works well ». *Canadian Pharmaceutical Journal*, vol.133, n°4, mai, p. 13.

AUTRES ARTICLES

1994. « Quebec looking into universal drug plan ». *Medical Post*, vol. 30, n°24, 21 juin, p. 37.

1996. « Quebec considering universal drug insurance ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n°8, 15 avril, p. 1264.

1997. « Quebec's universal drug plan : is it a model for Canada? [Roundtable] ». *Health Policy Forum*, vol. 1, n°1 p. 16-21.

1997-1998. « Quebec drug plan backfiring ». *Canadian Healthcare Manager*, vol. 5, n°1, décembre-janvier, p. 12-13.

1998. « Le point sur l'assurance-médicaments au Québec ». *Le Bel âge*, vol. 11, n°7, avril, p. 75-76.

1999. « Poorest and sickest to benefit from Quebec Rx plan modification ». *Family Practice*, vol.11, n°16, septembre, p.8-11.

1999. « All quiet on the Quebec drug front ». *Health Policy Forum*, vol. 2, n°3, automne, p. 11.

1999. « L'assurance-médicaments : des effets douloureux pour les plus pauvres ». *Le Bel âge*, 12, n°9, juin, p. 67-69.

2000. « Évaluation du régime général d'assurance-médicaments [au Québec] ». *Le Médecin du Québec*, 35, n°4, avril, p. 87-91.

2000. « La gratuite des médicaments ». *Le Gêrontophile*, vol. 22, n°3, été, p 45-46.

2001. « Drug cost-sharing can aggravate patient non-compliance ». *Medical Post*, vol. 37, n°8, p. 29-30.

2001. « What price change ? » *Health Policy Forum*, vol.4, n°2, (été) p. 10-11.

2003. « La dialectique de la surveillance et le nouveau régime d'assurance- médicaments au Québec ». *Canadian Public Administration*, vol. 46, n° 2, été, p. 202-217.

2004. « Drug spending increases.» *Canadian Medical Association Journal*. vol. 171, n°3, Aug 3, 2004. p. 228.

DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX

Comité d'experts sur l'assurance-médicaments. 1996. *L'assurance-médicaments : Des voies de solution : rapport du Comité d'experts sur l'assurance-médicaments*. [Rapport Castonguay] Québec : Le Comité.

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. 2005. *Pour sortir de l'impasse : La solidarité entre nos générations. Rapports et recommandations*. [Rapport Ménard] Québec.

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales. 2002. *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*. [Rapport Kirby] Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada.

Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance-médicaments au Québec. 2001. *Pour un régime d'assurance-médicaments équitable et viable*. [Rapport Montmarquette] Québec : Le Comité.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 1988. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. [Rapport Rochon] Québec.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. [Rapport Clair] Québec.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada- Rapport Final*. [Rapport Romanow] Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Préparer l'avenir des soins de santé au Canada- Rapport d'étape*. Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada.

Conseil du médicament. 2005. *Rapport du Comité d'étude sur l'application de l'ensemble des critères d'inscription*. Québec : Conseil du médicament.

Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. 2006. *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape*. Ottawa.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2006. *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2005*. Ottawa. ICIS

Institut de la statistique du Québec. 2000. *Étude sur la perception des adhérents à l'égard du Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1994. *De l'assistance à l'assurance: Rapport du Comité de révision de la circulaire «Malades sur pied»*. [Rapport Demers] Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1995a. *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance-médicaments au Québec : analyse de la faisabilité*. [Rapport Gagnon] Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1995b. *Recension des options en matière de financement, de partage et de contrôle des coûts d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options*. Québec : Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1999. *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2000. *Les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments*. Québec : Le Ministère, Direction des communications.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2002. *L'assurance-médicaments : un acquis social à préserver*. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. *Politique du médicament : document de consultation*. Québec.

Ministère du Revenu du Québec. 2001. *L'assurance-médicaments*. Sainte-Foy : Ministère du Revenu du Québec

Ministère du Revenu du Québec. 2003. *L'assurance-médicaments*. Sainte-Foy : Ministère du Revenu du Québec.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 1997. *Rapport d'activités, Régime général d'assurance-médicaments*. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 1998. *Rapport annuel 1998-1999*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2000. *Rapport annuel 1999-2000*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2001a. *Le régime général d'assurance-médicaments : Rapport d'activité 2000-2001*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2001b. *Plan stratégique 2001-2004*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2001c. *Rapport annuel 2000-2001*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2002a. *Portrait évolutif du régime public d'assurance-médicaments 1998-1999-2000*. Québec : Le Service de l'actuariat et des analyses économiques, La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2002b. *Rapport annuel de gestion 2001-2002 : Contribuer au mieux-être de la population*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. [2003a, 2004]. *L'assurance-médicaments : ce qu'il faut savoir sur le régime public*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2003b. *Rapport annuel de gestion 2002-2003 : Pour la santé, hier, aujourd'hui et demain*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance maladie du Québec. 2003c. *Statistiques annuelles 2003*. Québec : La Régie.

Régie de l'assurance-maladie du Québec. 2005a. *L'assurance médicaments : pour notre plus grand bien*. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec.

Régie de l'assurance-maladie du Québec. 2005b. *L'assurance médicaments à la retraite: assurez-vous d'être assuré au bon endroit!* Québec : Direction des communications, Régie de l'assurance maladie Québec.

Régie de l'assurance maladie Québec. 2006. *Are you covered? : Prescription drug insurance, it's compulsory! : Important information for persons age 17 to 26*. Québec : Direction des communications, Régie de l'assurance maladie Québec.

Tamblyn, R. et al. 1999. *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments- Résumé* présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Rapport Tamblyn] Québec.

LOIS REFONDUES ET RÈGLEMENTS

L.R.Q., chapitre A-29.01. Loi sur l'assurance-médicaments.

L.R.Q., chapitre A-29.01, r.1. Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-médicaments. Remplacé, D. 1519-96, 1996 G.O. 2, 6734; eff. 97-01-01; voir c. A-29.01, r. 2.

L.R.Q., chapitre A-29.01, r.1.1. Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments. A.M., 92-06, 1992 G.O. 2, 4494.

L.R.Q., chapitre A-29.01, r.2. Règlement sur le régime général d'assurance-médicaments, D. 1519-96, 1996 G.O. 2, 6734.

L.R.Q., chapitre R-5, r.1.1. Règlement sur les cotisations au régime général d'assurance-médicaments. D. 1454-99, 1999 G.O. 2, 6892.

SITES INTERNET

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada [Commission Romanow] : <http://www.commissionsoinsdesante.ca>

Conseil du médicament : <http://www.cdm.gouv.qc.ca/fr/>

Gouvernement du Québec : <http://www.gouv.qc.ca>

Institut canadien d'information sur la santé: <http://www.cihi.ca>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Ministère du Revenu du Québec : <http://www.revenu.gouv.qc.ca>

Programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments du Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales : <http://chaine.uqam.ca/index.php>

Régie de l'assurance maladie du Québec : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes : <http://www.scics.gc.ca/>

Secrétariat du Conseil du trésor du Québec : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/>

MÉMOIRES ET THÈSES

Blain, L. 2000. « *L'assurance-médicaments : les conséquences de la mixité du régime sur l'accès équitable aux médicaments* ». Mémoire de maîtrise en droit social et du travail. Montréal : Université du Québec à Montréal.

Grenier, C. 2003. « Régime public d'assurance-médicaments : document de stage ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament. Québec : Université du Québec, École nationale d'administration publique.

Thériault, L. 1997. « *Revue des politiques de contrôle des coûts des programmes publics d'assurance-médicaments.* » Rapport de stage post-doctoral. Montréal : Université du Québec à Montréal.

DOCUMENTS PRÉSENTÉS LORS DE CONSULTATIONS PUBLIQUES

Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales. 2000. *Mémoires sur le Rapport d'évaluation du régime d'assurance-médicaments*. S.l.: s.n.

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. [2000]. *Régime d'assurance-médicaments du Québec : Tableau comparatif des coûts entre le privé et le public (prévisions 2000-2001)*. Montréal : Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Association des hôpitaux du Québec. [2002]. *Commentaires concernant le projet de loi 98 modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et prévoyant notamment la création du Conseil du médicament présenté à la Commission des affaires sociales*. Montréal : Association des hôpitaux du Québec.

Association pulmonaire du Québec. [2000]. *Examen du Régime général d'assurance-médicaments du Québec : mémoire présenté par l'Association pulmonaire du Québec*. Montréal : Association pulmonaire du Québec.

Association québécoise pour la défense des droits des retraites et pré-retraites- Section Sherbrooke. [2002]. *Le Rapport Montmarquette concernant l'assurance-médicaments : réactions et recommandations*. Québec : AQDR, Section Sherbrooke.

Centrale de l'enseignement du Québec. 1996. *Mémoire sur le projet de loi no 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives : présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales / CEQ, CSN, FTQ*. Montréal : CEQ, CSN, FTQ.

Centrale des syndicats du Québec. 2002. *L'assurance-médicaments : un pouvoir public ou un pouvoir pharmaceutique marchand ? : Avis sur le projet de loi no 98 intitulé Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments présenté à la Commission des affaires sociales*. Québec : CSQ, Communications.

Coalition des médecins pour la justice sociale. [2002]. *Prescription pour le Régime d'assurance-médicaments : changement des habitudes de prescription pour les médecins : une économie pour le régime / prépare par Paul Saba pour la Coalition des médecins pour la justice sociale*. Québec : Coalition des médecins pour la justice sociale.

Coalition solidarité santé. 2002. *Le gouvernement doit changer son orientation en matière de médicaments : pour l'accessibilité, pour l'équité, pour combattre la pauvreté, pour l'amélioration de la santé, pour la maîtrise des coûts : avis déposé par la Coalition solidarité santé dans le cadre des consultations gouvernementales sur le projet de loi 98 sur l'assurance-médicaments*. Québec : Coalition solidarité santé.

Coalition sur l'assurance- médicaments. 2000. *Pour un régime universel et public d'assurance-médicaments : mémoire adresse à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Montréal : Coalition sur l'assurance-médicaments.

Conseil du patronat du Québec. 1996. *Un nouveau régime universel d'assurance-médicaments au Québec*. Montréal : Conseil du patronat du Québec.

Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. [2002]. *Commentaires sur le projet de loi 98, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives : mémoire présenté par les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada R&D à la Commission des affaires sociales*. Québec : Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada.

Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. 2000. *Examen du Régime général d'assurance-médicaments du Québec : Mémoire*. Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada.

Conseil du patronat du Québec. 1996. *Commentaires sur le projet de loi no 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant certaines dispositions législatives*. Montréal : Conseil du patronat du Québec.

Fédération de l'âge d'or du Québec. [2002]. *Le régime d'assurance-médicaments : est-ce que maladie et pauvreté doivent aller de pair ? : Avis présenté à la Commission des affaires sociales : projet de loi no 98, Loi modifiant la Loi sur l'assurance- médicaments*. Québec : Fédération de l'âge d'or du Québec.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). 2002. *Mémoire déposé à la Commission des Affaires sociales dans le cadre de la consultation sur le projet de loi intitulé « Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments »*. FIIQ.

Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (FMOQ). 2000. *Mémoire relatif à l'évaluation du Régime général d'assurance médicaments*. Québec. FMOQ.

Groupe-conseil Aon. [2002]. *Commission parlementaire sur les modifications proposées au Régime général d'assurance-médicaments, projet de loi 98 : mémoire / présenté par Groupe-conseil Aon*. Québec : Le Groupe.

Leger Marketing. [2002]. *Étude sur les perceptions à l'égard du régime d'assurance-médicaments du Québec, des groupes de médecine de famille et de la carte santé Québec : rapport d'analyse*. Québec : Leger Marketing.

Prémont, M-C. 2002. *Le régime général d'assurance médicaments du Québec : un exemple concret du partenariat public-privé dans le domaine de la santé : Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Health Coalition.

Notre-Dame de Grace Community Coalition on Health Care. 2000. *Dossier, Évaluation du régime général d'assurance- médicaments : la « genericisation », le moyen, menant à une politique responsable de médicament*. Montréal : The NDG Community Coalition on Health Care.

Ordre des pharmaciens du Québec. 1999. *Rapport de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur le régime d'assurance-médicaments du Québec : L'urgence d'atteindre un juste de dosage*. Mémoire présenté à la Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ordre des pharmaciens du Québec.

Ordre des pharmaciens du Québec. 2000. *L'évaluation du Régime général d'assurance médicaments québécois*. Présentation à la Commission des affaires sociales. Ordre des pharmaciens du Québec.

Ordre des pharmaciens du Québec. 2002. *Projet de Loi no 98 - Loi modifiant la Loi sur l'assurance- médicament et d'autres dispositions législatives*. Présentation à la Commission des affaires sociales. Ordre des pharmaciens du Québec.

Protecteur du citoyen [du Québec]. 2000. *Commentaires du Protecteur du citoyen sur « Les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments » : au-delà de l'argent, l'équité* présentés à la Commission des affaires sociales. Québec : Protecteur du citoyen.